

Суицидология

научно-практический журнал № 4 2022



ISSN 2224-1264



9 772224 126002

Suicidology

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

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

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

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

18+

Содержание

- Е.Б. Любов*
Радости и муки Людвиг Бальцмана,
или постоянство случая. Часть I:
элементы биографии 3
- А.В. Голенков*
Самоубийства после убийств из сострадания .. 27
- К.В. Полкова, А.В. Меринов, Е.В. Комаров,
А.Е. Старостенко, Е.В. Леонов,
Н.А. Меринов, А.О. Буришинов*
Суицидологическая характеристика молодых
женщин с опасным потреблением алкоголя 38
- П.Б. Зотов, Е.Г. Скрябин, А.А. Калашников,
М.А. Аксельров, О.А. Кичерова,
М.Н. Пономарева, А.Г. Бухна,
А.Б. Приленский, С.С. Юдина*
Самопорезы у погибших от суицида:
основные и ассоциированные
характеристики 57
- В.А. Козлов, А.В. Голенков,
Д.А. Иванова, Е.К. Бахман*
Самоубийства в Чувашской Республике (по
данным электронных СМИ в 2002-2021 гг.) ... 80
- Е.Б. Любов, П.Б. Зотов*
«Суицидальная болезнь» как психиатрический
диагноз: научно-практическое обоснование ... 91

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

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

EDITORIAL COLLEGE

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

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

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

Jyrki Korkeila, PhD, prof.
(Finland)

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

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

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

Ilkka Henrik Mäkinen, PhD, prof.
(Sweden)

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

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

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

William Alex Pridemore, PhD, prof.
(USA)

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

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

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

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

Marco Sarchiapone, MD, prof.
(Italy)

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

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

Niko Seppälä, MD, PhD (Finland)

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

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

Журнал «**Суицидология**»
включен в:

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

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

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

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

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

ISSN 2224-1264

Информация для авторов 113

Contents

E.B. Lyubov
The joys and tortures of ludwig boltzmann, or permanence of a chance. Part I: biography elements 3

A.V. Golenkov
Suicides after mercy killing 27

K.V. Polkova, A.V. Merinov, A.E. Starostenko, E.V. Komarov, Y.V. Leonov, N.L. Merinov, A.O. Burshinov
Suicidal characteristics of young women with hazardous alcohol consumption 38

P.B. Zotov, E.G. Skryabin, A.A. Kalashnikov, M.A. Akselrov, O.A. Kicherova, M.N. Ponomareva, A.G. Bukhna, A.B. Prilensky, S.S. Yudina
Self-cuts of dead by suicide: main and associated characteristics 57

V.A. Kozlov, A.V. Golenkov, D.A. Ivanova, E.K. Bakhman
Suicides in the Chuvash Republic (according to electronic media in 2002-2021) 80

E.B. Lyubov, P.B. Zotov
"Suicidal disease" as psychiatric diagnosis: scientific and practical rationale 91

Information 113

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

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

На 1 странице обложки: Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.
Заказ № 277. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 30.12.2022 г. Цена свободная

РАДОСТИ И МУКИ ЛЮДВИГА БОЛЬЦМАНА, ИЛИ ПОСТОЯНСТВО СЛУЧАЯ. ЧАСТЬ I: ЭЛЕМЕНТЫ БИОГРАФИИ

Е.Б. Любов

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

THE JOYS AND TORTURES OF LUDWIG BOLTZMANN, OR PERMANENCE OF A CHANCE. PART I: BIOGRAPHY ELEMENTS

Е.В. Lyubov

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

Сведения об авторе:

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

Information about the author:

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

Триумф и трагедия Людвиг Больцмана, романтического мыслителя, корифея физики и человека на все времена, воплощены в катаклизмах науки и мира конца XIX – начала XX веков. Прослежены этапы большого пути в науке и жизни с приметами зреющего годами суицидального поведения на фоне кумуляции хронических психического и соматического недугов, порочного круга множащихся психосоциальных дистрессов. Вместе с тем взаимная преданность семье и делу всей жизни (креативность) служили защитными (антисуицидальными) факторами и скрашивали самые чёрные дни. По возможности уместно приведены свидетельства современников, биографов, выдержки из личных писем и выступлений профессора Больцмана, подчеркивающие ипостаси уникальной в своей многогранности личности: ниспровергателя догм и традиций, бунтаря-демона нежнейшей трепетной души и страстотерпца.

Ключевые слова: Больцман, история жизни, болезнь, суицид

О! нескромный смертный!
Ваша судьба – радость наблюдения
за постоянно меняющейся битвой!

Л. Больцман

Вместо преамбулы

Национальные особенности учёных, описывающих верблюда. Англичанин застрелит горбатое животное в Африке и подарит чучело музею. Француз в Булонском лесу не встретит ни одного и усомнится в наличии такового. Немец в кабинете сконструирует верблюда из глубин своего духа. *Вильгельм Оствальд*

Кто есть кто. Людвиг Больцман (1844-1906), величайший мыслитель и учёный, осно-

O! indiscreet mortal!
Your destiny is the joy of watching
for the ever-changing battle!

L. Boltzmann

Instead of a preamble

Here are national features of scientists describing the camel. An Englishman will shoot a humpbacked animal in Africa and donate a stuffed animal to a museum. A Frenchman will not meet one in the Bois de Boulogne and doubt the existence of one. The German in his office will construct a camel from the depths of his spirit. *Wilhelm Ostwald*

Who is who. Ludwig Boltzmann (1844-1906), the greatest thinker and scientist, the

воположник статистической механики и молекулярно-кинетической теории (Википедия).

Жизнь Людвигу Больцмана (далее – ЛБ) протекала

без особых событий и происшествий. *Энгельберт Брода о своём кумире*. Историк науки и по совместительству информанту КГБ по атомному проекту с агентурным именем *Eric*, обошедшему силки британской контрразведки, – виднее.

Он же – редкий случай физика-теоретика, у которого эмоциональное начало явно и открыто вторгалось в анализ чисто научных вопросов, а внешне благополучная жизнь университетского профессора и кабинетного ученого наполнена невероятно интенсивным внутренним горением [1].

Трава у дома. Наш герой увидел свет 20 февраля в Вене старшим из трёх детей акцизного чиновника, тоже Людвигу и тоже, не странно, Больцмана [здесь и далее, по 1-7].

В этот день на другой стороне Земли родился Джошуа Слокам, первым совершивший одиночное кругосветное плавание под парусом. В 65 ушел на шлюпе и не вернулся.

Сын состоятельного часовщика дослужился до главного инспектора Имперской налоговой службы. Мать, Катарина Пауэрнфайнд, читала девичью фамилию на табличках улицы Зальцбурга, где её отец и дед служили бургомистрами. Семь улиц Больцмана ныне в Австрии и пять – в Германии.

Не пройдёт и пяти лет, Европу накроет мрак революций, но детская уютна и жизнь удобна, благодаря душевности состоятельной матери и наследству деда. Болезненного (астма) подслеповатого увальня пестовал частный учитель, уроки фортепиано – от «самого» Антона Брукнера, пока делающего имя как органист.

Уроки оборвались, когда бедный учитель бросил мокрый пиджак на кровать – мать-чистюля тут же его выгнала.

Звуки музыки остались при ЛБ на всю жизнь: устраивал домашние концерты для приятелей, восстанавливал на друге по памяти оркестровые произведения, проигрывая партитуру на пианино:

Музыка – не просто благословенное время, не избавление от жизни, утешение в жизни. [здесь и далее цитаты, афоризмы, мысли ЛБ по 4, 7, 8].

Как многие граждане, ЛБ в нежном возрасте подавал надежды: лучший в гимназическом

founder of statistical mechanics and molecular-kinetic theory (Wikipedia).

The life of Ludwig Boltzmann (hereinafter – LB) was

not filled with any special events and incidents. *Engelbert Broda about her idol*: Historian of science and part-time KGB informant on the *atomic project* with the undercover name *Eric*, who bypassed the snares of British counterintelligence, would know better.

He is also a rare case of a theoretical physicist, in whom the emotional principle clearly and openly interfered in the analysis of purely scientific issues, and the outwardly prosperous life of a university professor and armchair scientist is filled with incredibly intense internal burning [1].

Childhood years. Our hero saw the light on February 20 in Vienna as the eldest of three children of an excise official, also Ludwig and also, not strangely, Boltzmann [hereinafter, 1-7].

Joshua Slocum, the first man to sail solo around the world, was born on the other side of the Earth the same day. At 65, he left on a sloop and did not return.

The son of a wealthy watchmaker rose to the rank of Chief Inspector of the Imperial Revenue Service. His mother, Katarina Pauernfeind, was reading her maiden name on the signs of the streets of Salzburg, where her father and grandfather served as burgomasters. There are now seven streets of Boltzmann in Austria and five in Germany.

In less than five years, a haze of revolutions will cover Europe, but the nursery is cozy and life is comfortable, thanks to the sincerity of a wealthy mother and the grandfather's inheritance. A sickly (asthma) blind-sighted bumpkin was nurtured by a private teacher, piano lessons – from the known Anton Bruckner, who was yet to become known as an organist.

The lessons were immediately ceased when the poor teacher threw his wet jacket on the bed – the cleanliness-obsessed mother simply kicked him out.

The sounds of music remained with LB for life: he arranged home concerts for friends, restored orchestral works on a friend from memory, playing the score on the piano:

Music is not just a blessed time, not a deliverance from life, a consolation in life. [hereinafter quotes, aphorisms, thoughts of LB in 4, 7, 8].

Like many citizens, LB at the sweet age was promising: he was the best in the gymnasium class, diligent, accurate, but (according to self-critical recollections) not without a small draw-

классе, прилежен, аккуратен, но (по самокритичным воспоминаниям) не без малого недостатка: избыточно честолюбив и даже склонен к карьеризму. У сына «налоговика» ранний интерес к цифрам. Шести лет подарил матери формулу выигрыша в лотерею (мать отвергла лёгкий путь обогащения), решал задачу подтасовок в картах.

Парижский шулер пытался выудить нечто подобное у Блеза Паскаля.

Влекло к ботанике, бабочкам (из живых делал мёртвых в коллекциях, вырабатывая систематический подход). Случались пылкие философские споры с братом, подтрунивающим над стремлением Людвига строго определить каждое слово.

ЛБ нашёл английский экземпляр Д. Юма. Брат съязвил: «Если слова хорошо определены, ты и так поймёшь». Отец купил словарь, и ЛБ не спеша перевёл и осмыслил текст.

С ранних лет ЛБ переходил от ликования к глубокому унынию. И поводы находились. Смерть отца от туберкулеза ошеломила Людвига (15). Смута реальности ворвалась в осиротевший дом. Эмоциональная и материальная стабильность рухнула.

А за буржуазными гардинами «Происхождение видов» сотрясали основы креационистского мировоззрения. Политический хребет и границы Австро-Венгерской империи, данные Богом, казалось, навечно, дали трещины. В мир науки пришли захватывающие времена. Физике, по Вл. Ильичу (Ленину), предстояло слечь в болезненных материалистических родах [9]. Миру не бывать прежним.

Меж тем, череда несчастий отрочества внезапно, как и пришла, закончилась четырьмя годами позже смертью от «респираторного заболевания» брата (18).

Университеты. ЛБ (19) поступает в Венский университет, один из самых динамичных центров физики в мире.

Расцвет университета пришёлся на вторую половину XIX века: основано множество институтов и кафедр по специальным предметам.

Приданое матери ушло на учёбу. Заложив будущее, Катарина поставила всё на блестящий ум первенца и держалась к нему поближе.

ЛБ идеально вписался в динамичную атмосферу Института физики, благодаря наставнику Йозефу Стефану, споро признавшему его талант

back: excessively ambitious and even prone to careerism. The son of the "taxman" has an early interest in numbers. For six years, he gave his mother a formula for winning the lottery (mother rejected the easy way to get rich), he solved the problem of juggling cards.

A Parisian sharpie was trying to get something similar from Blaise Pascal.

He was attracted to botany, butterflies (from those alive he made dead in collections, developing a systematic approach). There were heated philosophical disputes with his brother, who teased Ludwig's desire to strictly define every word.

LB found an English copy of D. Hume. The brother quipped, "If the words are well defined, you'll understand." Father bought a dictionary, and LB slowly translated and comprehended the text.

From an early age, LB went from exultation to deep despondency. And there were reasons. The death of his father from tuberculosis stunned Ludwig (15). The turmoil of reality broke into the orphaned house. Emotional and material stability collapsed.

And behind the bourgeois curtains, The Origin of Species shook the foundations of the creationist worldview. The political backbone and borders of the Austro-Hungarian Empire, given by God, seemed to be cracked forever. Exciting times have come to the world of science. Physics, according to V.I. Lenin, had to go to bed in painful materialistic childbirth [9]. The world will never be the same.

Meanwhile, the series of misfortunes of adolescence suddenly, as it came, ended four years later with the death of a brother from a "respiratory disease" (18).

Universities. LB (19) enters the University of Vienna, one of the most dynamic centers of physics in the world.

The heyday of the university came in the second half of the 19th century: many institutes and departments in special subjects were founded.

The dowry of the mother was spent on the study. Pawning the future, Katarina put everything on the brilliant mind of her firstborn and stayed close to him.

LB fit perfectly into the dynamic atmosphere of the Institute of Physics, thanks to his mentor Josef Stefan, who quickly recognized his talent and unfailingly supported him. The Institute was remembered by LB as a lost paradise in a series of contrasting pages of life:

и неизменно поддерживавшим его. Институт запомнился ЛБ потерянным раем в череде контрастных страниц жизни:

они (коллеги, *E.B.*) полностью совпадали в отсутствии претензий, простоте и скромности ... Олимпийское спокойствие и утонченный юмор, превращавшие яркую дискуссию в забавную игру, стали частью моего образа жизни.

ЛБ сомневался

во всём, что читал и слышал, пока не достигал результатов собственным путём.

И новая встреча со словарём: в ответ, как «войти» в учение об электричестве, Стефан подарил пылливому студиозусу английскую грамматику, открывшую доступ к работам Максвелла. Преклонение ЛБ перед гением пожизненно: Не божество ли начертало эти законы?

ЛБ воспитывался на канонических образцах классического немецкого искусства. Сентиментально слышал в математике музыку. Строгой доказательности работ ЛБ не помеха поэтические эпиграфы:

без Шиллера жил бы такой же носатый бородач, но это был бы не я.

Посвятил поэту философические «Популярные заметки» (1905).

ЛБ привлекла теоретическая физика:

презираю эксперимент подобно банкиру, презирающему мелочь.

Зато

Что для человека мозг, то для науки математика.

Через годы молодой профессор советует любимой:

... к будущей профессии лучшим образом подготовиться, занимаясь областью науки, наиболее познавательной и интересной, согласно индивидуальности.

Вторая статья ЛБ стала революционной.

Высокоцитимый профессор. ЛБ (22) – доктор философии после экзаменов по физике, математике и философии без ставшей обязательной через несколько лет диссертации. В то время Ph.D сомневался, купить ли за пять крейцеров чашку кофе. Для хлебного преподавания нужна habilitation на основе научного доклада.

Habilitation – процедура получения высшей академической квалификации с правом должности профессора университета.

С дипломом Dr. habil в кармане ЛБ (25) в университете Граца. Жизнь улыбалась. Жалование прибывало. Спустя год занимает кафедру математической физики, обойдя конкурентов при поддержке незаменимого Стефана.

they (colleagues, *E.B.*) completely coincided in the absence of pretensions, simplicity and modesty... Olympian calmness and sophisticated humor, which turned an ardent discussion into a fun game, became part of my lifestyle.

LB doubted

in everything he read and heard until he achieved results in his own way.

And a new meeting with the dictionary: in response, how to "enter" the doctrine of electricity, Stefan presented the inquisitive student with an English grammar, which opened access to Maxwell's works. LB admired this genius all his life:

Did not the deity write these laws?

LB was brought up on the canonical examples of classical German art. Sentimentally heard music in mathematics. Strict evidence of LB's works is not a hindrance to poetic epigraphs:

without Schiller, the same big-nosed bearded man would have lived, but it would not have been me.

He dedicated the philosophical "Popular Notes" (1905) to the poet.

LB was attracted by theoretical physics: I despise experiment like a banker despises trifles.

But

What is the brain for a person, mathematics is for science.

Years later, the young professor advises his beloved:

... to prepare in the best way for the future profession, being engaged in the field of science, the most informative and interesting, according to individuality.

The second article LB became revolutionary.

Esteemed Professor. LB (22) – Doctor of Philosophy after exams in physics, mathematics and philosophy without a dissertation that became mandatory after a few years. While Ph.D. hesitated to buy a cup of coffee for five kreuzers. To win bread with teaching you need habilitation based on scientific report.

Habilitation is a procedure for obtaining the highest academic qualification with the right to become a university professor.

With the diploma of Dr. habil in his pocket LB (25) is at the University of Graz. Life smiled at him. Money started coming. A year later, he occupies the chair of mathematical physics, beating competitors with the support of the indispensable Stefan.

В длительных (по семестру) отпусках в Гейдельберге и Берлине сблизился с химиком Бунзенем (его горелка известна школярам) и поздоровался с Софьей Ковалевской. В Гейдельберге походя решил труднейшую задачу, познакомился с Густавом Кирхгофом (его правилами мучают неударённых 10-классников), одним из главных интеллектуалов Германии:

С порога ЛБ выпалил, что обнаружил ошибку в его статье. Немец оторопел, но согласился, и это стало почином прекрасной дружбе.

В Берлине общается с Гельмгольцем, единственным понимающим математические выкладки ЛБ. Обожавший диспуты ЛБ в восторге от «находки», но собеседник холоден и закрыт: не догадался, что мне не следует выбирать такой тон ... не гожи веселье и юмор. *ЛБ*.

Посещения Германии оживляли мероприятия любого рода. ЛБ вёл разгульный образ жизни, как подобает юноше, у которого всё впереди. Ночи напролёт в пивных потреблял волшебный напиток в огромных количествах в предвкушении главной работы.

Она обрела форму в 1872 г. (ЛБ 28 лет) с загадочным названием «Новые исследования о тепловом равновесии молекул газов». ЛБ достиг цели, ускользавшей шесть лет: доказал посредством принципов механики, что второе начало термодинамики – неизбежное следствие атомной теории и теории вероятностей (H-теорема). Статья принесла международную известность в узких кругах и знаменовала рождение статистической физики.

Каждый ... может обрести вес и значимость благодаря пылкости и открытиям... Маленький механизм, который исправно трудится и на своём месте, способен совершать огромную работу. *Популярные заметки*

Глубоко обожжаемый Луи и Йетти. В том судьбоносном году ЛБ встретил случайно-неслучайно на загородной тропинке голубоглазую светловолосую, как Лорелея, удивительную Генриетту Магдалену Катарину Антониавон Эдле фон Айгентлер. Понятно, Людвиг звал её Йетти (не путать с Йети). Сиротка из благородной семьи, опекун – мэр Граца. Фрейлейн училась в педагогическом женском училище.

Девочкой интересовалась физикой и математикой, но, кажется, избрала факультет, узнав Людвиг:

Счастье, когда мужчина учит, а женщина – учится. *Г.Гейне (возможно).*

On long (semester) vacations in Heidelberg and Berlin, he became close to the chemist Bunsen (his burner is known to schoolchildren) and greeted Sofia Kovalevskaya. In Heidelberg, he casually solved the most difficult tasks, met Gustav Kirchhoff (his rules torment ungifted 10th graders), one of the main intellectuals in Germany:

From the threshold, LB blurted out that he had found an error in his article. The German was dumbfounded, but agreed, and this was the beginning of a wonderful friendship.

In Berlin, he communicates with Helmholtz, the only one who understands the mathematical calculations of LB. LB, who adored disputes, is delighted with the “find”, but the interlocutor is cold and closed:

I didn't realize that I shouldn't choose such a tone ... good fun and humor. *LB*.

Visits to Germany enlivened events of every kind. LB led a wild life, as befits a young man who has everything ahead of him. He spent all night long in the pubs consumed the magic drink in huge quantities in anticipation of the main work.

It took shape in 1872 (LB aged 28) with the enigmatic title "New Research on the Thermal Equilibrium of Gas Molecules". LB achieved a goal that had eluded him for six years: he proved by means of the principles of mechanics that the second law of thermodynamics is an inevitable consequence of atomic theory and probability theory (H-theorem). The article brought international fame in narrow circles and marked the birth of statistical physics.

Everyone ... can gain weight and significance through ardor and discoveries ... A small mechanism that works properly and in its place is capable of doing a huge job. *Popular Notes*

Deeply adored Louie and Yettie. In that fateful year, LB met, by chance or not by chance, on a country path, blue-eyed fair-haired, like Lorelei, the amazing Henrietta Magdalena Katharina Antoniavon Edle von Eigentler. Clearly, Ludwig called her Yettie (not to be confused with Yeti). An orphan from a noble family, whose guardian was the mayor of Graz. Fraulein studied at the Pedagogical Women's College.

As a girl, she was interested in physics and mathematics, but, it seems, she chose the faculty after meeting Ludwig:

Happiness is when a man teaches and a woman learns. *G. Heine (possibly).*

As a volunteer (the only female at the uni-

Вольнослушателем (единственная дева в университете) изучала семестр математику вопреки настойчивым советам избегать «мужских» занятий, чреватых ввергнуть дам в истерию и немощь, если не в безумие с бесплодие. Тем временем в Грац хлынул поток неуёмных русских студенток, высланных из Цюриха из-за симпатий к анархизму (душке Бакунину), и ректор решил проблему радикально: закрыл женщинам двери храма науки. Вскоре сам Больцман-ректор примет непопулярное решение.

Людвиг проникся проблемами женщин вне *Kinder, Küche, Kirche*. Мечты Генриетта не сумасбродны:

Хотя воздержанность и забота о семье являются основными добродетелями мужа, единственный капитал которого – собственная работа, не может быть долгой любви, если женщина не проявляет понимания и энтузиазма к его усилиям, лишь его служанка, а не подруга, которая борется рядом с ним.

ЛБ обжаловал (мотивы не вполне бескорыстны) драконово нововведение, но в итоге всё же Генриетте отказано, да и сама она остыла к учению, но не к нашему Людвигу.

В судьбе мужчин любовь не основное, / Для женщины любовь и жизнь – одно... *Байрон, лорд*

В 1873 г. ЛБ (29) принимает кафедру математики Венского университета. Опять повезло: у двух кандидатов большие шансы, но помог, как отец родной, Стефан, а лучший претендент (лучше ЛБ!) отказался сам. Лекции и дюжина теоретических и экспериментальных статей. ЛБ, вопреки признанию, не гнушался опытами; в восторге от должности, но есть сладкая причина стремиться в Грац.

Роман продолжен в письмах (сильное чувство расстояние, 143 км по прямой, укрепляет).

Глубокоуважаемая фройляйн ... чем чаще разглядывал Вашу фотокарточку, тем больше Ваш подлинный образ представал перед очами моей души ... Вам не удалось полностью прослушать лекции о дифференциальном и интегральном исчислении, но легко наверстаете с помощью книг ... Преданный Вам *Людвиг Больцман, 24 апреля 1875 г.*

Читатель извинит обильное цитирование куплетов всегда новой песни любви. Роман развивается.

Милая, любимая моя Йетти! ... с каждым днём люблю тебя всё сильнее! ... когда горы так стремительно пропали из виду, и каждая минута уносила меня всё дальше от тебя, я заплакал. После такого ребячества не в праве учить тебя, но надеюсь, будешь

versity), she studied mathematics for a semester, despite persistent advice to avoid "male" activities, fraught with plunging ladies into hysteria and weakness, if not into madness with infertility. Meanwhile, a stream of irrepressible Russian female students poured into Graz, expelled from Zurich university for sympathies for anarchism (darling Bakunin), and the rector solved the problem radically: he closed the doors of the temple of science to women. Soon Boltzmann, the rector, himself would make an unpopular decision.

Ludwig became imbued with the problems of women outside *Kinder, Küche, Kirche*. Henrietta's dreams are not crazy:

Although temperance and care for the family are the main virtues of a husband whose only capital is his own work, there can be no long-term love if the woman does not show understanding and enthusiasm for his efforts, only being his servant, and not the girlfriend who fights beside him.

LB appealed (the motives are not entirely disinteresting) against the draconian innovation, but in the end, Henrietta was still refused, and she herself cooled down to the doctrine, but not to Ludwig.

In the fate of men, love is not the main thing, / For a woman, love and life are one ... *Byron, Lord*

In 1873 LB (29) accepted the chair of mathematics at the University of Vienna. Lucky again: two candidates have great chances, but Stefan, like his own father, helped, and the best applicant (better than LB!) refused himself. Lectures and a dozen theoretical and experimental papers. LB, contrary to his confession, did not disdain experiments; delighted with the position, but there is a sweet reason to aspire to Graz.

The novel is continued in letters (a strong sense of distance, 143 km in a straight line, strengthens).

Dear Fraulein ... the more often I looked at your photograph, the more your true image appeared before the eyes of my soul... You did not manage to fully listen to the lectures on differential and integral calculus, but you can easily make up with the help of books... *Ludwig Boltzmann, devoted to you, April 24, 1875*

The reader will excuse the profuse quotation of the verses of the always new love song. The novel develops.

My dear, my beloved Yettie! ... I love you more and more every day! ... when the mountains

сильной девочкой ... Прощай, 1000 раз тебя целует твой тебя любящий вечно и неизменно Луи. 3 ноября 1875 года.

Возлюбленная Йетти! ... жить бы вдали от суеты на счастливом острове, но невозможно и не цель жизни ... будь тысячу раз обнята и зацелована Твоим Бесконечно Тебя любящим Луи. Вена, 5.XII.1875 (воскресенье).

Глубоко возлюбленный Луи! Когда звонили, выбегала посмотреть, не почтальон ли ... увеселения и компании пусты и непривлекательны ... Письмо № 37. Грац, 7.XII.1875 (вторник).

Глубоко любимый Луи! ... буду возиться на кухне впервые в жизни. Купила книгу, чтобы отметить необходимое ... Письмо № 43. Грац, 11.1.1876 (вторник).

Глубоко возлюбленная Йетти! ... Твой портрет над письменным столом, могу то и дело посматривать на Твои черты. ... Письмо № 44. Вена, 13.1.1876 (вторник).

... неделя, как расстались, ужасно долго ... шлю свои волосы, которые сейчас обрезала. Самые горячие поцелуи через оба сердца ... Письмо № 45. Грац, 15.1.1876 (суббота).

Обязательные приветствия будущих тещи и зюлковки, пишуших Йетти отдельно.

И вот:

Хотя отнюдь не убеждён, что холодные и неизбежные следствия точных наук должны или способны подавлять чувства, нам как представителям вышеуказанных наук подобает действовать лишь после взвешенных размышлений, а не следовать мимолетным прихотям. Вы как математик не сочтёте числа непоэтичными – ведь они правят миром: моё жалованье составляет 2400 флоринов в год, ежегодная премия – 800 флоринов. В прошлом году плата за лекции и экзамены составила около 1000 флоринов, однако доход год от года меняется... Общая сумма достаточна на ведение хозяйства; учитывая стремительный рост цен в наши дни, не сможете позволить много развлечений и увеселений.

Отменно составленное, чуть чопорное, «головное» предложение «представителя точных наук», от которого нельзя отказаться.

Золотые деньки. Через три года в Граце освободилась кафедра экспериментальной и общей физики. ЛБ манили лаборатория и лекции по специальности, как в Вене. Подходящей квартиры в столице не сыщешь, и бюрократизма больше.

Однако ЛБ столкнулся с конкурентом-тяжеловесом, Эрнстом Махом, снискавшим славу физика-экспериментатора.

Жизни и мысли Маха и Больцмана отныне тесно

so quickly disappeared from sight, and every minute took me further and further away from you, I cried. After such childishness, I have no right to teach you, but I hope you will be a strong girl ... Farewell, 1000 times you are kissed by your loving you forever and always Louis. November 3, 1875.

Beloved Yettie! ... to live away from the hustle and bustle on a happy island, but it's impossible and not the goal of life ... be hugged and kissed a thousand times by Your Infinitely loving Louis. Vienna, 5.XII.1875 (Sunday).

Deeply beloved Louis! When they called, she ran out to see if it was the postman ... amusements and companies are empty and unattractive ... Letter No. 37. Graz, 7.XII.1875 (Tuesday).

Dear Louis! ... I will mess around in the kitchen for the first time in my life. I bought a book to mark the necessary ... Letter No. 43. Graz, 11.1.1876 (Tuesday).

Deeply Beloved Yettie! ... Your portrait is above the desk, I can look at your features every now and then. ... Letter No. 44. Vienna, 13.1.1876 (Tuesday).

... a week since we parted, an awfully long time ... I am sending my hair, which I have now cut off. The hottest kisses through both hearts ... Letter No. 45. Graz, 1/15/1876 (Saturday).

Mandatory greetings to future mothers-in-law and sisters-in-law, writing Yettie separately.

And so:

Although I am by no means convinced that the cold and inevitable consequences of the exact sciences should or can suppress the senses, it is fitting for us, as representatives of the above sciences, to act only after considered reflections, and not to follow fleeting whims. As a mathematician, you will not find numbers unpoetic, because they rule the world: my salary is 2,400 florins a year, the annual bonus is 800 florins. Last year the fees for lectures and examinations amounted to about 1,000 florins, but the income varies from year to year... The total amount is sufficient for housekeeping; given the skyrocketing prices these days, you won't be able to afford a lot of fun and entertainment.

An excellently composed, slightly prim, "head" proposal of a "representative of the exact sciences", from which it is impossible refuse.

Golden days. Three years later, the Department of Experimental and General Physics was vacated in Graz. LB was attracted by the laboratory and lectures in the specialty, as in Vienna. You will not find a suitable apartment in the cap-

переплетены. Одного роста, коренасты, пышные бороды и очки в тонкой оправе, выходцы из среднего класса, до гимназии учились на дому, общие университетские учителя, блестящие студенты, в одном году стали докторами (У ЛБ «отлично» по философии против «хорошо» Маха), невесты-сиротки из Граца, по пять детишек в семьях. По всем вопросам своё упрямое мнение. У Маха доступ к мэру города, и у ЛБ там «шпион» Генриетта: отдавая долги, нахваливала будущего мужа (Мах хорош, но Людвиг – гений), в письме в министерство утверждала, что климат Граца благотворен для здоровья суженого.

Конфликт интересов разрешён замечательно: Мах заявил, что выбрал бы Больцмана и на почти 20 лет уехал в Прагу (Чехия – в составе Австро-Венгрии). Маха и ЛБ представляют непримиримыми врагами, но доверительные отношения не препятствие («Платон мне друг, но...») яростным дебатам, вошедшим в анналы науки.

1876 – «год чудес» (как 1905 – для Эйнштейна) в жизни Больцмана. Генриетта (22) и Людвиг (32) с идеальной разницей возраста – «всплотке» (по А. Солженицыну) через четыре года испытания чувств.

Красивых женщин причисляют сегодня к талантам их мужей. *Г. Лихтенберг*

В служебной квартире (бонус, не упомянутый в подробном письме идеалиста-реалиста) музыкальные вечера; жизнелюб профессор у рояля. Моцарт и тезка-Бетховен. Театр, пикники.

ЛБ приглашён и не раз в императорский дворец, но близорукость, всё более тягостная, мешала разглядеть и оценить яства. Франц Иосиф едва притрагивался к еде, как блюда меняли.

Через 24 месяца (и не раньше) после свадьбы явился первенец, Людвиг мл., следом за 11 лет – Генриетта мл, Артур, Ида и Эльза (завидуйте: три дочери-два сыночка).

У ЛБ домик в горной деревушке. На семейных прогулках пополнял гербарий и привычно ловил бабочек. Иногда отставал или уходил вперёд, задумавшись (как спасти от тёпловой смерти Вселенную?), едва не теряя малышей. Непосредственностью большого ребёнка и восторженностью перед прозаическими вещами давал обильную пищу анекдотам.

Самолично привёл из города корову на верёвке.

ital, and there is more bureaucracy.

However, LB ran into a heavyweight competitor, Ernst Mach, who gained fame as an experimental physicist.

The lives and thoughts of Mach and Boltzmann are now closely intertwined. Single height, stocky, lush beards and thin-rimmed glasses, come from the middle class, studied at home before the gymnasium, general university teachers, brilliant students, became doctors in one year (LB has “excellent” in philosophy versus Mach’s “good”), orphan brides from Graz, five children in families. On all issues, your stubborn opinion. Mach has access to the mayor of the city, and LB has a “spy” Henrietta there: repaying debts, she praised her future husband (Mach is good, but Ludwig is a genius), in a letter to the ministry she claimed that the climate of Graz is beneficial for the health of her betrothed.

The conflict of interest was resolved remarkably: Mach said that he would have chosen Boltzmann and left for Prague (the Czech Republic was then part of Austria-Hungary) for almost 20 years. Mach and LB are implacable enemies, but a trusting relationship is not an obstacle (“Plato is my friend, but ...”) to a fierce debate that has entered the annals of science.

1876 is the “year of miracles” (as 1905 was for Einstein) in Boltzmann’s life. Henrietta (22) and Ludwig (32) with an ideal age difference “become one” after four years of testing feelings. Beautiful women today are ranked among the talents of their husbands. *G. Lichtenberg*

In the service apartment (a bonus not mentioned in the detailed letter of the idealist-realist) musical evenings; Cheerful professor at the piano. Mozart and namesake Beethoven. Theatre, picnics.

LB was invited more than once to the imperial palace, but myopia, more and more painful, prevented him from seeing and appreciating the dishes. Franz Joseph barely touched the food as the dishes were changed.

24 months (and not earlier) after the wedding, the first-born, Ludwig Jr., appeared, followed by 11 years – Henrietta Jr., Arthur, Ida and Elsa (envy: three daughters, two sons).

LB has a house in a mountain village. On family walks, he replenished the herbarium and habitually caught butterflies. Sometimes he lagged behind or went ahead, thinking (how to save the Universe from heat death?), almost losing the kids. With the immediacy of a big child and enthusiasm for prosaic things, he gave abundant food to anecdotes.

Разместив «священное животное» с почестями, выпытывал у коллеги-зоолога, как сподручнее доить.

Младшенькая пожелала обезьянку, мать бурно противилась. ЛБ в утешение устроил выводок крольчат в библиотеке.

Танцевал ча-ча-ча с котом Фредом, балансируя шариком для пинг-понга на носу.

Немецкая овчарка убежала со двора и ждала ЛБ у Института в обеденный перерыв. В ресторанчике лежала у ног хозяина. ЛБ пожалел животное и продал. Спустя время худой и одичавший пес устроился на привычном месте. Смущенный ЛБ более с ним не расставался.

Любил коньки и плавание, восполняя скудность физических нагрузок детства, приведших (полагал) к нездоровью. Гостей развлекал беседами о музыке и литературе, сдабривая их тонкой (не всегда) иронией до поздней ночи.

Четырнадцать (1876-90 гг.) лет в Граце счастливейшие: брак погрузил в леность более ожидаемого. Должность декана, скорее почётная, не отнимала много времени. Через несколько лет преемник ЛБ жаловался, что получил в наследство гору неразобранных дел.

Годы в Граце плодотворнейшие – прибавлением семейства и достижениями директора Физического института.

Здесь – дольше всего был безмятежен. Немало для одной жизни.

В некоей анкете (опросники в ходу в ту пору – помним исповедь К. Маркса 1865 г.) ЛБ отметил тяготение к чистой математике:

занятия теорией чисел – счастливые часы.

Числа и связи чисел покорили ЛБ с детства.

И на вопрос следует ли чередовать математику с чем-то иным:

для гения правил не существует.

Однако

... астма всё тяжелее. Вынужден много дней провести в постели и почти три месяца чувствовал себя плохо. Это особенно раздражало, так как явилось большим препятствием объёмной профессиональной деятельности ... словом и делом поддерживаю сотрудников Института. *Письмо 16.02.1879, Грац.*

Счастье покинуло ЛБ в 40 лет (1884 г.). Первым ударом по безмятежному ходу жизни стала смерть матери, жившей в семье ЛБ. При неизбежных трениях со снохой Катарина сохранила близость с благодарным сыном. Больцман опустошён, проводя дни в оцепенении. Врачи выявили неврастению: обострённую чувстви-

He personally brought a cow from the city on a rope. Having placed the "sacred animal" with honors, he asked his colleague-zoologist how to milk it more conveniently.

The youngest wished for a monkey, the mother violently opposed. LB, as a consolation, arranged a brood of rabbits in the library.

Danced cha-cha-cha with the cat Fred, balancing a ping-pong ball on his nose.

The German Shepherd ran away from the yard and waited for the LB at the Institute during the lunch break. In the restaurant he was lying at the feet of the owner. LB took pity on the animal and sold him. After a while, a thin and feral dog settled in its usual place. The embarrassed LB did not part with him anymore.

He loved skating and swimming, making up for the scarcity of childhood physical exertion, which (I believed) led to ill health. He entertained the guests with conversations about music and literature, flavoring them with subtle (not always) irony until late at night.

Fourteen (1876-90) years in Graz were the happiest: marriage plunged into laziness more than expected. The post of dean, rather honorary, did not take much time. A few years later, LB's successor complained that he had inherited a mountain of unresolved cases.

The most fruitful years were in Graz – the addition of a family and the achievements of the director of the Physics Institute.

Here – the longest time was serene. A lot for one life.

In a certain questionnaire (questionnaires were in use at that time – we remember the confession of K. Marx in 1865), LB noted an inclination towards pure mathematics:

number theory lessons are happy hours.

Numbers and connections of numbers have conquered LB since childhood.

And to the question of whether mathematics should be alternated with something else: There are no rules for a genius.

However

... asthma is getting worse. Forced to spend many days in bed and felt ill for almost three months. This was especially irritating, as it was a great obstacle to extensive professional activity ... in word and deed I support the employees of the Institute. *Letter 02/16/1879, Graz.*

Happiness left LB at the age of 40 (1884). The first blow to the serene course of life was the death of his mother, who lived in the LB family. Despite the inevitable friction with her daughter-in-law, Katarina remained close to her grateful

тельность, усталость и неспособность совладать с нагрузкой [10].

Второй knockdown нанесён оказанной честью. В 1887 г. Больцмана (43) назначили ректором университета Граца. Должность означала большие административные обязанности и риск конфликтов.

Дипломатия не была сильной стороной ЛБ.

Прогермански настроенные студенты в пылу воинственных речей опрокинули бюст Франца Иосифа. ЛБ был вынужден принять меры, инцидент растянулся на четыре месяца.

Берлинское искушение. В 1887 г. умер Густав Кирхгоф, его друг и коллега, и в начале нового 1888 г. Учёный совет решил, что ЛБ идеально подходит кафедре Берлинского университета. Манили отличное жалование и лучшая лаборатория. Среди бонусов – близость Гельмгольца, которым ЛБ неизменно восхищался.

ЛБ уж выбрал кабинет, но... Во время напряжённости меж Германией и Австрией службу за границей следовало согласовать с властями. ЛБ ввиду пресловутой бестактности не осведомил свой университет и поздно задумался: верно ли поступил. Коллеги всё прознали, и намерение уехать превратилось в секрет полишинеля. ЛБ забросали контрпредложениями, чтобы оставить в Граце. В итоге «Яблоко раздора» отказало Берлину:

это решение стоило мне колоссальных усилий ... пытаюсь заняться подготовкой к работе, понял, что она невозможна без постоянного напряжения зрения.

ЛБ прилагает заключения офтальмолога и психиатра, подтверждающего неврастению. Затем просит коллегу игнорировать их.

В Берлине «не поняли»: учтут его состояние. Всё же (июнь) последовал окончательный отказ:

...совесть не позволяет мне начинать работу со столь высокой должности без полноценного опыта в сфере, которую мне вверяют.

Король Пруссии освобождает его от обязательств.

Но ЛБ

... днём и ночью мучает горькое раскаяние о решении в таком возбуждённом состоянии. Если есть какая-либо возможность его отменить, очень прошу сообщить. Слишком нескромно просить телеграмму «поздно» или «ещё есть время». В последнем случае я бы поехал в Бер-

son. Boltzmann is devastated, spending his days in a daze. Doctors revealed neurasthenia: heightened sensitivity, fatigue and inability to cope with the load [10].

The second knockdown was an honour. In 1887 Boltzmann (43) was appointed rector of the University of Graz. The position meant great administrative duties and the risk of conflicts.

Diplomacy was not LB's strength.

Pro-German students in the heat of militant speeches knocked over the bust of Franz Joseph. LB was forced to take action, the incident dragged on for four months.

Berlin Temptation. In 1887, Gustav Kirchhoff, his friend and colleague, died, and at the beginning of the new year 1888, the Academic Council decided that LB was ideally suited to the department of the University of Berlin. Manili has an excellent salary and the best laboratory. Among the bonuses is the proximity of Helmholtz, whom LB has always admired.

LB had already chosen an office, but ... During the tension between Germany and Austria, service abroad had to be coordinated with the authorities. Due to his notorious tactlessness, LB did not inform his university and thought a little too late whether he had done the right thing. Colleagues found out everything, and the intention to leave turned into an open secret. LB was bombarded with counter-proposals to stay in Graz. As a result, the "Apple of Discord" refused Berlin:

this decision cost me colossal efforts ... while trying to prepare for work, I realized that it was impossible without constant eye strain.

LB encloses the conclusions of an ophthalmologist and a psychiatrist confirming neurasthenia. Then he asks a colleague to ignore them.

Berlin "didn't understand": they would take into account his condition. Yet (June) followed by a final refusal:

... my conscience does not allow me to start work from such a high position without full experience in the field that I am entrusted with.

The King of Prussia releases him from his obligations.

But LB

... day and night tormented by bitter remorse for the decision in such an excited state. If there is any way to cancel it, please let me know. It is too immodest to ask for a telegram "late" or "there is still time." In the latter case, I would go to Berlin to personally apologize for my behavior, the cause of which is a nervous illness,

лин, чтобы лично извиниться за своё поведение, причина которого в нервной болезни, которая уже во второй раз распоряжается моей жизнью... *Больцман, письмо.*

ЛБ объяснит позже, что не получил должность из-за ледяной индифферентности Гельмгольца.

Уважаемый профессор, боюсь, Вам будет неуютно здесь, в Берлине. *Жена Гельмгольца*

Личность ЛБ, и в правду, мало соответствовала канону формального общения: беззлобный, но невероятно наивный и бесцеремонный... просто не знает, где провести черту. Это относится и к другим важным для него вещам. *Э. Мах*

Или решающим фактором стала пресловутая житейская неуверенность ЛБ.

Из-за неловких маневров ЛБ (44) лишился поддержки в университете, где осуждали его почти как предателя. Но жалование несостоявшемуся перебежчику повысили.

Уходы. На пустопорожние метания наложила горе (1889 г.): у старшего сына (11) поднялась температура, семейный доктор успокоил (на то и врач). К вечеру ребёнок умер от перитонита.

ЛБ винил себя (кого же) за преступную беспечность, забросив семью, закрывшись в кабинете, или уходил один в горы, почти не ел и не пил.

В окаянные дни слагал:

Какая цепь связать способна мужа с женой, чем общая беда. Страданья память связывает туже, чем долгие счастливые года. Господь и сам живёт земной юдолю был не царём, не праздным богачом. Сын человеческий людской был полон болью, которой все мы, в сущности, живём.

Пришло закономерное смирение и принятие жизни-боли. Лекарство универсально – прочь от воспоминаний.

Что есть раскаяние – простое решение действовать в будущем по-другому и осознание неимения возможности действовать в прошлом по-другому. Угрызения совести – неспособность изменить действие, всего лишь осознание собственных причин или обстоятельств, при которых совершилось действие. Исправиться невозможно. Стремление исправиться – пустая цель, равно как с точки зрения фатализма – бесполезность действия. *Л.Б.*

Смерть сына, более, чем «берлинская катастрофа» побудила ЛБ покинуть Грац. В том же году не стало сестры (42), жившей у ЛБ с матерью. За пять лет ЛБ потерял трёх близких.

which for the second time controls my life ... *Boltzmann, letter.*

LB would explain later that he didn't get the position because of Helmholtz's icy indifference.

Dear Professor, I'm afraid you won't feel comfortable here in Berlin. *Helmholtz's wife*

The personality of LB, in truth, did not correspond much to the canon of formal communication:

good-natured, but incredibly naive and cavalier... just doesn't know where to draw the line. This applies to other things that are important to him as well. *E. Mach*

Or the notorious worldly uncertainty of LB became the decisive factor.

Due to awkward maneuvers, LB (44) lost support at the university, where he was condemned almost as a traitor. But the salary of the failed defector was increased.

Losses. Grief (1889) was superimposed on empty throwing: the eldest son (11) had a fever, the family doctor reassured him everything was fine. By evening the child died of peritonitis.

LB blamed himself (whomever) for criminal carelessness, having abandoned his family, closed himself in his office, or went alone to the mountains, hardly ate or drank.

In cursed days he wrote:

What chain is capable of linking a husband and wife than a common misfortune. Suffering binds memory tighter than long happy years. The Lord himself lives in the earthly vale, he was not a king, not an idle rich man. The son of man was full of pain, which we all, in essence, live.

Natural humility and acceptance of life-pain came. The medicine is universal – to run away from memories.

What repentance is – is it a simple decision to act differently in the future and the realization of not being able to act differently in the past. Remorse is the inability to change the action, just the awareness of one's own reasons or circumstances under which the action was performed. It's impossible to fix. The desire to improve is an empty goal, as well as, from the point of view of fatalism, the futility of action. *L.B.*

The death of his son, more than the "Berlin disaster" prompted LB to leave Graz. In the same year, his sister (42), who lived at LB and their mother, died. In five years, LB lost three loved ones.

Brownian motion. Life-mirror smiles again

Броуновское движение. Жизнь-зеркало снова улыбается и налаживается на относительно спокойные четыре года. ЛБ в Мюнхене (1890 г.) встречает кафедру мечты, теоретической физики. Генриетта рождает третью дочь. Опыт экспериментальной физики позволил читать предмет с привлечением механических моделей для иллюстрации абстрактных понятий вроде электромагнитной теории. Лекции популярны у студентов, привыкших к засухе изложений. Кто-то переехал в Мюнхен, чтобы стать учеником ЛБ. Или собирался, как тезка Витгенштейн.

Попутно вечеринки с пивом, баварская кухня (по А. Куприну, «прилепился к невинной страстишке – хорошо поесть»).

По подсказке умницы Генриетты, ЛБ затосковал по родине. Тут (чуть не написал «кстати». *Е.Б.*) умер наставник Йозеф Стефан, и Венский университет предложил вернуться. Мюнхенский, в свою очередь, повысил жалование и дал ассистента; в итоге чаша весов склонилась в сторону Германии ещё на год.

Очередное пришествие ЛБ (50) в Вену триумфально. Университет, чтобы материально заинтересовать Больцмана, из экономии закрыл кафедру химии.

В юбилейный год ЛБ – почётный доктор Оксфордского университета: слава у англосаксов незыблема. Член-корреспондент Петербургской академии (1899 г.). И ещё десятка академий по всему миру.

В придворной опере закреплена ложа; дома, по обычаю, вечера камерной музыки.

Однако административной рутины прибавилась, став для ЛБ тяжким грузом.

После катастрофы Л. Ландау слабо реагировал на окружающее, но на радостное сообщение: «Дау, Ваш ученик стал директором» прореагировал резво: «Мой ученик не может быть директором».

И ЛБ без дружеских вечеринок скоро пожалел о переезде. Пытался вернуться в Мюнхен, но тщетно.

Дорогой коллега! Простите меня, что поздно отвечаю на Ваше милое письмо и поздравления. Перед Новым годом чувствовал себя плохо и совсем не мог писать, особенно по рабочим делам. Здесь очень скучно; научная жизнь вялая ... и даже на уровне политики явный спад ... в научной деятельности не схожу с мертвой точки, не хватает энтузиазма. *ЛБ – Аррениусу. Вена, 1.3. 1899.*

and gets better for a relatively quiet four years. LB is in Munich (1890) where he got his dream chair, theoretical physics. Henrietta gives birth to a third daughter. The experience of experimental physics made it possible to read the subject using mechanical models to illustrate abstract concepts like electromagnetic theory. Lectures are popular with students who are accustomed to a dry presentation. Someone moved to Munich to become an LB student. Or he was going to, like Wittgenstein's namesake.

Along the way, parties with beer, Bavarian cuisine (according to A. Kuprin, “clung to an innocent passion – to eat well”).

At the prompt of clever Henrietta, LB felt homesick for his homeland. Here (I almost wrote “by the way.” *E.B.*) the mentor Josef Stefan died, and the University of Vienna offered to return. Munich, in turn, raised his salary and gave an assistant; as a result, the scales tipped towards Germany for another year.

The next coming of LB (50) to Vienna is triumphant. The university, in order to materially interest Boltzmann, closed the department of chemistry out of economy.

In the anniversary year, LB is an honorary doctor of Oxford University: the glory of the Anglo-Saxons is unshakable. Corresponding member of the St. Petersburg Academy (1899). And a dozen more academies around the world.

A box is fixed in the court opera; at home there are, as usual, evenings of chamber music.

However, the administrative routine has increased, becoming a heavy burden for LB.

After the disaster, L. Landau reacted weakly to the environment, but to the joyful message: “Daу, your student has become a director,” he reacted briskly: “My student cannot be a director.”

And LB without friendly parties soon regretted the move. He tried to return to Munich, but in vain.

Dear colleague! Forgive me for my late reply to your kind letter and congratulations. Before the New Year, I felt bad and could not write at all, especially on work matters. It's very boring here; scientific life is sluggish ... and even at the level of politics there is a clear decline ... in scientific activity I do not get off the ground, there is not enough enthusiasm. *LB – Arrhenius. Vienna, 1.3. 1899.*

... My husband deeply repented of his departure from Germany. In Munich he was very pleased and felt deeply unhappy here (in Vienna. *E.B.*) ... deprived of scientific relations, motives,

... Супруг мой глубоко раскаялся в отъезде из Германии. В Мюнхене был очень доволен и чувствует себя здесь (в Вене. *Е.Б.*) глубоко несчастным ... лишён научных сношений, побуждений, и формализованная деятельность, будто школьного директора, ему отвратительна. Подавленное состояние оказывает на него неблагоприятное воздействие, и подрастающие девочки очень от этого страдают ... *Henrietta – Ostwald, весна 1899 г.*

... как говорил немецким и венским коллегам, сожалею, что вернулся из Мюнхена ... по причине гораздо меньшего количества студентов, готовых к исключительно научной работе, отсутствия товарищеских объединений, чтобы почерпнуть научное вдохновение; мешают беспокойство политического положения ... с радостью расположен сменить место на университет Лейпцига, разве что мои требования немалые, поскольку в Вене довольно хорошо обеспечен. *ЛБ – Ostwald. 9 декабря 1898 г.*

Прочь из Вены. В марте 1900 г. принципиальный научный оппонент, глава энергетического направления Оствальд с примкнувшими лицами единодушно предложили на профессорское место ЛБ:

проникновенный и полный сил, оригинальный и полный идей, невероятно увлекательный учёный, представляющий направление теоретической физики, озабоченное живой связью с экспериментальной физикой и рассматривающее математику средством, а не самоцелью ... интересна перспектива способствующего науке обмена мыслями с обоих направлений.

Уход ЛБ из Венского университета скоропостижен для всех:

... В последнее время в Вене так нервничал, что сам не верил тому, что делал, в результате пропустил все прощальные встречи, уведомления о своём уходе и вообще, сам того не желая, вёл себя неприветливо. В связи со всем этим приношу извинения глубокоуважаемому господину президенту и другим членам Академии и прошу не держать на меня зла... *Октябрь 1900, Лейпциг.*

Причина отставки, стоившей, сам уверял, тяжёлых душевных переживаний, объяснена неприятием большого города, «предъявляющего в социальной сфере требования, к которым не испытывал особой симпатии».

Важнее и понятнее:

... беспокойный нрав выдающегося учёного и едва ли не большое тщеславие вызывают в дурное состояние духа, в обоснованности которого вряд ли способен дать отчёт самому себе, и, совершенно растворяясь в стремлении к высочайшим научным целям, принимает решения, которые после желает отменить ... (не-

and formalized activity, like a school principal, is disgusting to him. The depressed state has an unfavorable effect on him, and the growing girls suffer greatly from this ... *Henrietta – Ostwald, spring 1899.*

... as I said to my German and Viennese colleagues, I regret that I returned from Munich ... due to the much smaller number of students who are ready for exclusively scientific work, the lack of comradesly associations to draw scientific inspiration; the anxiety of the political situation hinders ... I am gladly disposed to change my place to the University of Leipzig, except that my demands are not small, since Vienna is quite well provided for. *ЛБ – Ostwald. December 9, 1898.*

Get out of Vienna. In March 1900, a principled scientific opponent, the head of the energy direction, Ostwald, with those who joined him, unanimously proposed for the LB professorship: penetrating and full of energy, original and full of ideas, an incredibly fascinating scientist, representing a branch of theoretical physics, concerned with a living connection with experimental physics and considering mathematics as a means, not an end in itself ... the prospect of a science-promoting exchange of thoughts from both directions is interesting.

The departure of LB from the University of Vienna is sudden for everyone:

... Recently in Vienna, I was so nervous that I myself did not believe what I was doing, as a result, I missed all the farewell meetings, notifications of my departure, and in general, unwittingly, behaved unfriendly. In connection with all this, I apologize to the highly respected Mr. President and other members of the Academy and ask you not to be angry with me ... *October 1900, Leipzig.*

The reason for the resignation, which cost, he himself assured, heavy emotional experiences, is explained by the rejection of the big city, "making demands in the social sphere, for which he did not feel much sympathy."

More important and clearer:

... the restless disposition of an outstanding scientist and almost sick vanity cause a bad state of mind, the validity of which is hardly able to give an account to himself, and, completely dissolving in the pursuit of the highest scientific goals, makes decisions that he later wants to cancel ... (inoffensive Dean abandoned LB faculty - to the Emperor, May 20, 1902).

In the meantime, LB accepted the chair of theoretical physics in Leipzig after a million tor-

обидчивый Декан покинутого ЛБ факультета – Императору, 20 мая 1902).

Пока же ЛБ принял кафедру теоретической физики в Лейпциге вслед миллиону терзаний:

... мог бы возглавить институт теоретической физики, только у меня некоторые сомнения в том, что я тот, кто сможет успешно управлять и развивать его, поскольку снова приступ мучительной неврастении...
Письмо 30.4.1900, Вена

Для Венского университета, потерявшего выдающихся сотрудников почти всегда по финансовым причинам, уход Больцмана означал болезненную потерю. Назначение ЛБ придавало университету Лейпцига больше блеска и делало его более притягательным.

Побег не принес облегчения. На кафедре ЛБ никак не отметился. Переезд, предпоследний в жизни, сказался на его публичном образе. Обстановка казалась более гнетущей, чем в Вене.

И новый виток судьбы. Помещён в привилегированную психиатрическую лечебницу.

Дорогая мама! Ужасно, что мы далеко друг от друга. ... кроме санитаря и милосердных сестёр не к кому обратиться, врач мало мной занимается... тебе скажут, что здесь я вылечусь, но это совершенная неправда. Очень плохо сплю, так грустно, что не нахожу себе места. Если бы кто-то забрал меня, не остался бы здесь ни секунды. Пожалуйста, мамочка, приезжай. Умоляю, посочувствуй, смилуйся надо мной и ни у кого не проси совета, просто сама люби меня. Умоляю, прости за все! Целую крепко, Твой Луи. *Июль 1900, Зеебоден.*

Больцман преследуем *мыслями о самоубийстве*, и доктор с опереточной фамилией Фазан настроенно следил, чтобы подопечный прогуливался в сопровождении. Ожидал, что ЛБ успокоится, и в отношении неврастении давал утешительный прогноз, поскольку психоз отсутствовал.

Офтальмолог Фукс (12 августа):
во второй половине дня узнал, что позавчера вечером он неожиданно уехал Куда – никто сообщить не мог. Желал бы, чтобы он не совершил необдуманного поступка, чего можно ожидать при его теперешнем состоянии.

Вскоре ЛБ (56) совершил *попытку самоубийства*, о чём биографы пишут уклончиво, с недомолвками.

В науке и в душе застой.

... очень огорчён, что по болезни не могу принять участие в 200-летнем юбилее Колледжа и благодарю за звание (почётного доктора). *1901, Лейпциг.*

ments:

... could head the Institute of Theoretical Physics, only I have some doubts that I am the one who will be able to successfully manage and develop it, since again an attack of painful neurasthenia ...
Letter 30.4.1900, Vienna

For the University of Vienna, which has lost outstanding staff almost always for financial reasons, Boltzmann's departure meant a painful loss. The appointment of LB gave the University of Leipzig more luster and made it more attractive.

Escape brought no relief. At the LB department, he did not mark himself in any way. The move, penultimate in life, affected his public image. The situation seemed more oppressive than in Vienna.

And a new round of fate. Placed in a privileged psychiatric hospital.

Dear Mom! It's terrible that we are far apart. ... apart from the orderly and merciful sisters, there is no one to turn to, the doctor does little with me ... they will tell you that I will be cured here, but this is completely untrue. I sleep very badly, so sad that I can't find a place for myself. If someone took me away, I wouldn't stay here for a second. Please, mommy, come. I beg you, sympathize, have mercy on me and do not ask anyone for advice, just love me yourself. I beg you, I'm sorry for everything! Kisses hard, Your Louis. *July 1900, Seeboden.*

Boltzmann is haunted by *thoughts of suicide*, and a doctor with an operetta surname, Pheasant, was wary of his ward walking with an escort. He expected that LB would calm down, and in relation to neurasthenia he gave a consoling prognosis, since there was no psychosis.

Ophthalmologist Fuchs (August 12):
in the second half of the day I learned that the day before yesterday evening he unexpectedly left Where – no one could tell. I wish he hadn't committed a rash act, which can be expected in his present state.

Soon LB (56) made a *suicide attempt*, about which biographers write evasively, with omissions.

Stagnation in science and in the soul.

... I am very sad that due to illness I cannot take part in the 200th anniversary of the College and thank you for the title (honorary doctor). *1901, Leipzig.*

The professor is restless. From July to the end of October 1901 LB went with his son Arthur on a sea cruise Hamburg – Lisbon – Algiers – Malta – Constantinople – Bandirma (Turkey) –

Профессор-неугомон. С июля до конца октября 1901 г. ЛБ с сыном Артуром в морском круизе Гамбург – Лиссабон – Алжир – Мальта – Константинополь – Бандырма (Турция) – Кавала (Греция) – Одесса – неуютный Лейпциг.

В пути можно забыть возлюбленного, рассеять горе, отогнать от себя призрак смерти. В простом выражении «я уезжаю» кроется целый мир не находящихся выхода чувств. *Теодор Драйзер «Сестра Керри»*

Тучный ЛБ куксился и страдал от жары.

ЛБ искал возможность возвращения на малую родину. Потрясённое недатированное письмо ЛБ:

... настоятельно прошу простить мне то, что доставил столько хлопот. ... выразил твёрдое намеренье остаться в Вене ... находился в санатории, который оставил, так и не поправившись. Так что не могу дать другие объяснения изменения решения, кроме мучительной болезни ... сегодня получил декрет о моём назначении.

Декан в ответ на слухи (множились ещё перед Лейпцигом) о неврастеническом состоянии Больцмана, конфиденциально расспросил пользовавшихся его отечественных (в том числе, Вагнера фон Яурега) и зарубежных врачей и убедился с радостью, что «опасения абсолютно беспочвенны»:

нервное состояние Больцмана в результате чрезмерного интеллектуального напряжения, для него обременительное и мучительное, никогда не мешало преподавательским обязанностям с взыскательной добросовестностью во имя богатейшего наставления слушателей.

Удовлетворённый, просит упирающегося императора

пожелать извинить в некотором отношении странное поведение Больцмана, оправданное особым своеобразием душевного предрасположения выдающейся учёного, живущего исключительно своей наукой.

И осмелился задать гипотетический вопрос: если бы любимой балерине Вашего Величества случилось сбежать и, после годового отсутствия, она захотела бы вернуться, приняли бы Вы её? Больцман значит для университета то же, что любимая балерина для Вас.

Государь-патриарх проникся, рассмеялся и уступил.

Последняя пристань. Осенью 1902 г. ЛБ (58) на кафедре теоретической физики (ждала его год) Венского университета сообщил с улыбкой:

Kavala (Greece) – Odessa – uncomfortable Leipzig.

On the way, you can forget your beloved, dispel grief, drive away the ghost of death from yourself. In the simple expression "I'm leaving" lies a whole world of unresolved feelings. *Theodore Dreiser "Sister Kerry"*

The fat LB curled up and suffered from the heat.

LB was looking for an opportunity to return to his small homeland. Shocked undated letter from LB:

... I urge you to forgive me for causing so much trouble. ... expressed his firm intention to stay in Vienna ... was in a sanatorium, which he left without recovering. So I can't give any other explanation for the change of decision, except for a painful illness ... today I received a decree on my appointment.

The dean, in response to rumors (multiplied even before Leipzig) about Boltzmann's neurasthenic state, confidentially questioned domestic (including Wagner von Jauregg) and foreign doctors who used it, and was convinced with joy that "the fears are absolutely groundless":

Boltzmann's nervous state as a result of excessive intellectual exertion, for him burdensome and painful, never interfered with teaching duties with exacting conscientiousness in the name of the richest instruction of students.

Satisfied, asks the reluctant emperor to wish to excuse the somewhat strange behavior of Boltzmann, justified by the special peculiarity of the spiritual disposition of an outstanding scientist who lives exclusively for his science.

And dared to ask a hypothetical question:

If Your Majesty's favorite ballerina happened to run away and, after a year's absence, she wanted to return, would you accept her? Boltzmann is to the university what your favorite ballerina is to you.

The sovereign-patriarch was imbued, laughed and yielded.

Last pier. In the autumn of 1902, LB (58) at the Department of Theoretical Physics (was waiting for him for a year) at the University of Vienna reported with a smile:

It is customary to begin the inaugural lecture with praise for the predecessor. But today, fortunately, I am spared the often difficult task, since in fact I am my own predecessor.

However, the authorities who held the fickle LB did not find it amusing. They urged Franz Joseph himself to make a commitment of honor

Инаугурационную лекцию принято начинать с похвалы предшественнику. Но сегодня, к счастью, избавлен от зачастую непростой задачи, поскольку на самом деле я сам себе предшественник.

Однако властям предрекшим непостоянство ЛБ не казалось забавным. Побуждали к обязательству чести самому Францу Иосифу, что впредь ЛБ отвергнет посулы заграницы.

Император примирительно пригласил Больцмана на приватную беседу и предложил дворянство. ЛБ отказался.

ЛБ купил дом в знак серьёзности намерения оседлости.

... спросил, сколько домик стоит, назвали цену, заплатил и ушёл. Оказалось, что я позабыл узнать адрес моего домика.

Жилье вне института одобрила жена, поскольку ЛБ чаще общался и двигался туда-сюда.

ЛБ почти счастлив на Хайзингергассе, 26: Оствальд назвал виллу «Энергия», я свою – «Энтропия» (греч. превращение).

Заботы по дому, обустроенным не с роскошью, но комфортом ... благотворные покой и тишина, будто за городом.

Дорогой коллега! ... часто вспоминал коллег в Лейпциге, так тепло ко мне относившихся, и нескольких очень трудолюбивых студентов ... и все-таки не мог чувствовать себя хорошо. Было ли это вина болотистого климата, отличного от холмистой Вены, или в несколько чуждом мне северно-германском протестантском образе жизни или в чём-то другом, не знаю; но мне снова лучше... 3.1.1903, Вена.

Забыто:

... В Вене мне плохо ... венский климат плохо влияет на моё здоровье, с другой, мало возможностей заниматься любимым делом – свободно выступать с лекциями по науке, вынужден основное время тратить на обучение новичков. Это сделало меня нервным... *Письмо 13.5.1899.*

Свидетельство ироничного знакомца:

... забываемы приглашения к Больцманам из-за их невероятной наивности и беспомощности ... Подан угорь, снять кожу с которого никак не удавалось ... При прибытии множества гостей хозяйка уединилась на кухне. Больцман с дочерью безмолвствовали. Спас положение бравый генерал. Больцман же («нужно посмотреть, где жена») исчез надолго. В другой раз в подобной ситуации молча взял поднос с конфетами и ушёл: «детям тоже чего-нибудь хочется». Незапамятен возглас госпожи Больцман, когда гость сообщил о помолвке сестры: «А как девушка обручается?!»

Папа пригласил письменно 55 господ в воскре-

that henceforth the LB would reject promises from abroad.

The emperor conciliatorily invited Boltzmann to a private conversation and offered the nobility. LB refused.

LB bought a house as a sign of the seriousness of the intention of settling down.

...I asked how much the house cost, they named the price, I paid and left. It turned out that I forgot to find out the address of my house.

Housing outside the institute was approved by his wife, since LB communicated more often and moved back and forth.

LB feels almost happy on Heisingergasse, 26:

Ostwald called the villa "Energy", I named mine "Entropy" (Greek transformation).

Caring for the house, they furnished not with luxury, but with comfort ... beneficial peace and quiet, as if outside the city.

Dear colleague! ... often thought of colleagues in Leipzig who treated me so warmly, and some very hardworking students ... and yet I could not feel good. Whether it was the fault of the swampy climate, different from hilly Vienna, or the North German Protestant way of life, which was somewhat alien to me, or something else, I do not know; but I feel better again... 3/1/1903, Vienna.

Forgotten:

... I don't feel well in Vienna ... the Vienna climate has a bad effect on my health, on the other hand, there are few opportunities to do what I love – freely give lectures on science, I have to spend most of my time teaching beginners. This made me nervous... *Letter 13/5/1899.*

Testimony of an ironic acquaintance:

... the invitations to the Boltzmans are unforgettable because of their incredible naivety and helplessness ... An eel was served, which could not be skinned ... When many guests arrived, the hostess retired to the kitchen. Boltzmann and his daughter were silent. The brave general saved the situation. Boltzmann ("you need to see where your wife is") disappeared for a long time. Another time, in a similar situation, he silently took a tray of sweets and left: "the children also want something." The exclamation of Mrs. Boltzmann, when the guest announced the engagement of her sister, is immemorial: "But how does a girl get engaged?!"

Dad invited in writing 55 gentlemen on Sunday at 7 o'clock. They prepared a cold appetizer and 50 liters of beer. Only seven came. *Daughter's story* about the demonstration of a

сень в 7 часов. Подготовили холодную закуску и 50-ю литров пива. Пришли семеро. *Рассказ дочери* о демонстрации лампы Нернста (прототип лампы накаливания) зимой 1902/03 гг.

ЛБ, вынужденно прервавший совместное музицирование с Оствальдом, продолжил уроки игры на фортепьяно. ЛБ предвкушал заняться садом по весне.

Весной 1903 года после инсульта и отставки Маха кафедру натурфилософии («истории и теории индуктивных наук») передали Больцману. Парадоксальное решение (как приглашение в Лейпциг), учитывая их публичные разногласия и иррациональное отращивание ЛБ к метафизике, с которой связывал сперва всю философию:

... мою нелюбовь к философии разделяли почти все естественные учёные эпохи ... Философия действует мне на нервы. Если проанализируем основную основу всего, то всё в конечном итоге превращается в ничто.

Воодушевлённый ЛБ возобновил лекции, заложив традицию: физик преподаёт философию.

И привил себе неизлечимую болезнь:

Похоже, метафизика непреодолимо притягательна для человеческого разума, и этот соблазн, несмотря на все наши тщетные попытки приподнять завесу, ничуть не утратил силы. Видимо, невозможно подавить врожденную тягу философствовать.

Перестать любомудрствовать, взглянув Гидре сомнения в глаза, уже не мог:

Высшая, великая цель философии состоит в том, чтобы всё прояснить, наконец-то исцелить человечество от этой мигрени.

На шестидесятом дне рождения ЛБ шутил, что родился в ночь последнего дня масленицы, карнавала Марди Гра (*фр.* «жирный вторник») на Пепельную среду, начала Великого поста, и это не сулило размеренной жизни.

В том феврале Генриетта пишет дочери:

Отцу хуже с каждым днём. Потеряла веру в будущее. Надеюсь, в Вене наша жизнь будет лучше ...

Вперед, вперед, не ведая преград. В октябре 1904 г. Академия наук Сан Луи выбрала ЛБ почётным членом, что побудило путешествие в США в сопровождении сына.

Любезная мама ... Всю дорогу штормило, противотуманный горн не давал спать, корабль маленький, множество неудобств ... поездка нанесла ущерб моему здоровью в моём-то возрасте и с моей болезнью нервов ... если эта ужасная меланхолия, которая овладевает мной сейчас, не пройдёт в Вене, не смогу

Nernst lamp (a prototype of an incandescent lamp) in the winter of 1902/03.

LB, who was forced to interrupt his joint music-making with Ostwald, continued his piano lessons. LB was looking forward to gardening in the spring.

In the spring of 1903, after a stroke and Mach's resignation, the chair of natural philosophy ("history and theory of the inductive sciences") was transferred to Boltzmann. A paradoxical solution (like an invitation to Leipzig), given their public disagreements and LB's irrational aversion to metaphysics, with which he initially associated all philosophy:

... my dislike of philosophy was shared by almost all the natural scientists of the era ... Philosophy gets on my nerves. If we analyze the basic basis of everything, then everything eventually turns into nothing.

Inspired LB resumed lectures, laying the tradition: a physicist teaches philosophy.

And instilled in himself an incurable disease:

It seems that metaphysics has an irresistible attraction for the human mind, and this temptation, in spite of all our vain attempts to lift the veil, has not lost its strength. Apparently, it is impossible to suppress the innate craving for philosophizing.

To stop being philosophic, looking into Hydra's doubts in the eyes, he could no longer:

The highest, great goal of philosophy is to clarify everything, to finally heal humanity from this migraine.

On his sixtieth birthday, LB joked that he was born on the night of the last day of Shrove-tide, carnival Mardi Gras (*French* "Fat Tuesday") on Ash Wednesday, the beginning of Lent, and this did not promise a measured life.

That February, Henrietta writes to her daughter:

Father is getting worse every day. Lost faith in the future. I hoped that in Vienna our life would be better ...

Forward, forward, not knowing the barriers. In October 1904, the San Louis Academy of Sciences elected LB an honorary member, which prompted a trip to the United States, accompanied by his son.

My dear mother ... It was stormy all the way, the foghorn kept me awake, the ship was small, there were many inconveniences... the journey was detrimental to my health at my age and with my nerve disease... if this terrible melancholy that is taking over me now is not

читать лекции ...

На маршруте Гамбург- Нью Йорк и обратно болящий ЛБ с сыном посетили Филадельфию, Вашингтон, Детройт, Чикаго и Сан Луи, осмотрел Ниагарские водопады.

Путешествуй только с теми, кого любишь.
Эрнст Хемингуэй

В 1905 г. (ЛБ 61) с энтузиазмом принял приглашение летней школы Калифорнийского университета в Беркли, нуждаясь в зарубежной реабилитации на фоне венского упадка. Путешествие – известный лекарь.

Истинное назначение вашего путешествия – не место на карте, а новый взгляд на жизнь. *Генри Миллер*

Последнюю заокеанскую поездку с посещением новорожденного Стэнфордского университета, описал в «Путешествии немецкого профессора в Эльдorado» (называл себя немцем в связи с культурной принадлежностью) более о «низкой материи», еде и напитках:

Я никуда не выезжаю без дневника. В поезде всегда надо иметь для чтения что-нибудь захватывающее.
Оскар Уайльд

На борту особо сентиментален:

только в особенные дни, море надевает своё самое красивое ультрамариновое платье. ... Как может цвет вызвать слезы? Свет луны на его поверхности, сияние морской воды в кромешной тьме! Если что-то достойно ещё большего восхищения чем сама красота природы, так это искусство, искусство человека, который ещё со времен финикийцев и многим раньше борется с этим бесконечным морем и побеждает его!

Но уже посмеивается над загорающими, истошно визжащими под удары океанских волн о палубу.

Путешествия лишают тебя дара речи, а потом превращают в лучшего рассказчика. *Ибн Баттута*

ЛБ полюбил (на два дня) суматоху Нью-Йорка. В четырёхдневной поездке в Сан-Франциско тщетно пытался заказать салат из омаров на английском и восхищался Большим Солёным озером, покрытым кристаллами соли, словно снегом.

ЛБ показывает себя толстым добродушным пьяницей. Как Фальстаф.

В ресторане ... попробовал вполне пристойную жареную свинину, капусту с картошкой и выпил несколько стаканов пива.

... Моя память на числа, которая в других областях вполне удовлетворительна, всегда подводит меня,

will be held in Vienna, I won't be able to give lectures ...

On the route Hamburg – New York and back, the ill LB and his son visited Philadelphia, Washington, Detroit, Chicago and San Louis, examined the Niagara Falls.

Travel only with those you love. *Ernst Hemingway*

In 1905 (LB 61) he enthusiastically accepted an invitation to the summer school at the University of California at Berkeley, in need of overseas rehabilitation against the backdrop of Vienna's decline. Travel is a famous healer.

The true purpose of your journey is not a place on the map, but a new outlook on life.
Henry Miller

The last overseas trip with a visit to the newborn Stanford University, described in "The Journey of a German Professor to El Dorado" (he called himself German in connection with cultural affiliation) more about "low matter", food and drink:

I don't go anywhere without a diary. On the train, you should always have something exciting to read. *Oscar Wilde*

On board, he is especially sentimental:

only on special days, the sea puts on its most beautiful ultramarine dress. ... How can color cause tears? The light of the moon on its surface, the radiance of sea water in pitch darkness! If anything is worthy of even greater admiration than the beauty of nature itself, it is art, the art of a man who, since the time of the Phoenicians and much earlier, has been struggling with this endless sea and conquering it!

But he is already laughing at the sunbathers, heart-rendingly screeching under the blows of the ocean waves on the deck.

Travel leaves you speechless and then turns you into a better storyteller. *Ibn Battuta*

LB fell in love (for two days) with the hustle and bustle of New York. On a four-day trip to San Francisco, I tried in vain to order a lobster salad in English and marveled at the Great Salt Lake covered in salt crystals like snow.

LB shows himself to be a fat good-natured drunkard. Like Falstaff.

At the restaurant... I tried quite decent roast pork, cabbage and potatoes and drank a few glasses of beer.

... My memory for numbers, which in other areas is quite satisfactory, always fails me when I count beers.

The remark fits Schweik.

Place and social denunciations: the founders

когда считаю кружки пива.

Замечание впору Швейку.

Место и социальным обличением: основатели Стэнфорда, оказалось, не брезговали мошенничеством и политическими интригами, оплаченными налогоплательщиками.

В основе любого крупного капитала лежит преступление. *К. Маркс*

В Беркли в отеле «Cloyne Court» (ныне часть кампуса) тосковал из-за местного «нелепого» запрета по стаканчику горячительного на ночь (от воды сразу прихватывал живот):

Сухой закон уверенно движется к созданию нового вида лицемерия, которых и так уже достаточно в мире.

В отчаянии просит малознакомого коллегу найти местного бутлегера. Поражённый, тот смущённо дал адресок. ЛБ проносил тайком вино в номер и привычно принимал его после еды. Вопрос биографам – как избавлялся от бутылок (бутлегер снабжал без этикеток?).

На обратной дороге опять местный «сухой закон», но ЛБ подкупил проводников.

Требовательный гость маялся бессонницей (бывала во благо науке) и страхом перед аудиторией, а воздух Беркли (месть «отца идеализма». *Е.Б.*) усугубил астму. Сильный ожог руки неизвестного происхождения лечил в больнице, страдал несварением желудка. Стоимость номера включала питание (без бара), но ЛБ скучал без меню и «монотонных официанток в очках».

Увы, кулинарные таланты мецената и феминистки Фиби Херст ...

в Европе alma mater – идеализированная фигура, а в Америке реальное лицо с миллионами долларов на развитие университета.

... не вызвали отклика (ЛБ не везло на великосветских раутах. *ЕБ*). Отверг ежевику и посолил дыню, но под убийственно неодобрительным и пристальным взглядом хозяйки не осмелился отказать серо-жёлтому омлету. С трудом проглотил его, но не постеснялся назвать его необыкновенным паштетом, которой люди могли бы кормить гусей в Вене, затем добавив, что и гуси откажутся есть подобное. Зато похвалил «Альму-матер» за отменный вкус в искусстве, архитектуре и музыкальный салон: не знаю ни одного концертного зала в Вене, соответствующий по красоте.

Любитель пива и колбасок позволил уговорить себя сыграть сонату Шуберта после ужина, вдохновлённый от прикосновения к Steinway.

И всё же ЛБ проникся Беркли:

of Stanford, it turned out, did not disdain fraud and political intrigue paid for by taxpayers.

Crime is the basis of any big business. *К. Marx*

In Berkeley at the Cloyne Hotel Court "(now part of the campus) yearned for the local "ridiculous" ban on a glass of intoxicant at night (the water immediately seized the stomach from the water):

Prohibition is moving steadily towards creating a new kind of hypocrisy, of which there are already enough in the world.

In desperation, he asks an unfamiliar colleague to find a local bootlegger. Amazed, he embarrassedly gave the address. LB smuggled wine into the room and habitually took it after meals. A question for biographers – how did he get rid of the bottles (did the bootlegger supply them without labels?).

On the way back, the local "dry law" again, but LB bribed the guides.

The demanding guest toiled with insomnia (it happened for the benefit of science) and fear of the audience, and the air of Berkeley (revenge of the "father of idealism." *Е.Б.*) aggravated asthma. He treated a severe burn of an arm of unknown origin in the hospital, suffered from indigestion. The room rate included meals (no bar), but LB missed the menu and "monotonous waitresses with glasses."

Alas, the culinary talents of philanthropist and feminist Phoebe Hirst ...

in Europe alma mater is an idealized figure, but in America it is a real person with millions of dollars for the development of the university.

... they did not evoke a response (LB was unlucky at high society events. *ЕБ*). He rejected the blackberry and salted the melon, but under the murderously disapproving and intent look of the hostess he did not dare to refuse the gray-yellow omelette. He swallowed it with difficulty, but did not hesitate to call it an extraordinary pate that people could feed the geese in Vienna, then adding that the geese would refuse to eat this. On the other hand, he praised the Alma Mater for its excellent taste in art, architecture and music salon: I don't know a single concert hall in Vienna that matches the beauty.

The beer and sausage lover allowed himself to be persuaded to play the Schubert sonata after dinner, inspired by the touch of Steinway.

And yet LB was imbued with Berkeley: Some people may feel like royalty eating a fairly simple meal, but California is all about Widow Clicquot and oysters.

Кто-то может чувствовать себя королём, питаюсь довольно простой едой, но Калифорния – это Вдова Клик и устрицы.

У лекций относительный успех, студенты (молодые ценят форму) оценили английский ЛБ как «мягко говоря, бедный», а манеры назвали «смесью маниакального экстаза и претенциозной напыщенности».

Нестабильность в мире, науке и душе. Другой ЛБ несколько успокоил сентиментально-жовиальный стиль травелога.

Я уезжаю навсегда... И вообще все всегда уезжают навсегда... Вернуться невозможно – вместо нас всегда возвращается кто-то другой. *Макс Фрай*

В октябре 1905 г. ЛБ последний раз в венском Философском обществе с лекцией «Смысл энтропии и любви с точки зрения теории вероятностей». Текст утерян.

ЛБ все чаще отменял лекции.

Дорогой господин Доктор! К сожалению, астма снова ухудшилась, так что я сегодня и завтра не смогу читать... *Больцман, письмо, февраль 1906, Вена.*

ЛБ-философ солидарен с Лихтенбергом:

странное мнение, что можем думать, как сами захотим.

Ценил опыт на себе:

Идеи копятя и выстраиваются по порядку, даже когда мы не думаем, а отдыхаем.

Теперь же ЛБ погружен в страх «внезапно потерять рассудок и память во время лекции».

Разум – инструмент, который часто бросает нас на произвол судьбы. ... Страшно наблюдать у других, как законы мышления прекращают действовать из-за небольших погрешностей работы мозга, но ещё хуже – замечать это у самих себя.

И с годами

ветер всё сильнее. Он всегда в лицо. *Пабло Пикассо*

К рубежу веков у ЛБ тяжёлая форма грудной жабы с частыми приступами удушья, носовые полипы причиняли нестерпимую боль до и после операции.

Старость – не столько прожитое, сколькожитое. *И.В. Давыдовский*

Страдал почечной недостаточностью, неизбывная бессонница приводила к непреходящей усталости.

В неспянье ужасно то, что остаёшься в собственном обществе дольше, чем тебе это надо. Страшно надоедаешь себе – и отсюда тяга к смерти: задушить этого постылого собеседника, – затуманить, погасить. Страшно жаждешь погашения соб-

The lectures were a relative success, students (young people value form) rated LB's English as "poor to put it mildly", and called manners "a mixture of manic ecstasy and pretentious pomposity".

Instability in the World, Science and the Soul. LB's friends were somewhat reassured by the sentimental jovial style of the travelogue.

I'm leaving forever... And in general, everyone always leaves forever... It's impossible to return – someone else always returns instead of us. *Max Fry*

In October 1905, LB made his last visit to the Vienna Philosophical Society with a lecture entitled "The Meaning of Entropy and Love from the Point of View of Probability Theory." Text lost.

LB increasingly canceled lectures.

Dear Mr. Doctor! Unfortunately, my asthma has worsened again, so that today and tomorrow I won't be able to read... *Boltzmann, letter, February 1906, Vienna.*

The LB philosopher agrees with Lichtenberg:

strange opinion that we can think as we ourselves want.

Appreciate the experience:

Ideas accumulate and line up in order, even when we are not thinking, but resting.

Now LB is immersed in the fear of "suddenly losing his mind and memory during a lecture."

The mind is a tool that often leaves us to our fate. ... It is scary to observe in others how the laws of thinking cease to operate due to small errors in the functioning of the brain, but it is even worse to notice this in oneself.

And over the years

the wind is getting stronger. He is always in the face. *Pablo Picasso*

By the turn of the century, LB had a severe form of angina pectoris with frequent attacks of suffocation, nasal polyps caused unbearable pain before and after surgery.

Old age is not so much lived as acquired. *I.V. Davydovsky*

He suffered from kidney failure, inescapable insomnia led to enduring fatigue.

The terrible thing about sleeplessness is that you stay in your own company longer than you need it. You annoy yourself terribly – and hence the craving for death: to strangle this hateful interlocutor – to cloud, to extinguish. Terribly longing for redemption of your own self. I got desperate that night. Am I really never going to

ственного я. У меня этой ночью дошло до отчаяния. Неужели я так-таки никогда не кончусь. *К.И. Чуковский «Дневники»*

Зрение день ото дня слабело: нанята чтица научных статей; жена (не зря училась) записывала его мысли, готовила тексты к печати.

Но есть место подвигу духа. Для «Математической энциклопедии» предстояло выжать все по-настоящему полезное из заумных трудов, отбросить незначительное, охватить всё опубликованное и организовать информацию ясно и просто, чтобы её поняли. *ЛБ.*

ЛБ было отказался, но после шантажа друга-редактора (отдать работу яркому оппоненту) продиктовал статью по кинетической теории.

Надевал три пары очков, чтобы различать ноты.

Через 10 лет полупарализованный Мах (78) упорно царапал левой рукой: Цель науки: приведение фактов в соответствие с мыслями, а мыслей – в соответствие друг с другом ... Я меняется. Иногда расширяется, иногда сокращается. А иногда и вовсе исчезает, причём не обязательно в самые горестные моменты ... Ощущения – общие элементы всех возможных физических и психических переживаний. Если это учесть, многие досадные мнимые проблемы просто исчезают.

ЛБ боялся вовсе ослепнуть и оставить в непривычном стеснении большую семью. Вспомнил незрячего и умершего (65) в бедности Георга Ома («сила тока на участке цепи прямо пропорциональна...») или скромное...

спрячь бедность – изобрази аскетизм. *Эрве Базен «Встань и иди»*

... жилище умирающего профессора Венского университета Лошмидта (74).

ЛБ – Францу Брентано, профессиональному утешителю мятущихся душ¹:

... снова стал жертвой неприятной нервной болезни, причиной которой стала философия ... слишком долгие размышления об этих абстрактных запутанных вещах действуют мне на нервы; я больше привык к работе над конкретными, независимо от думающего субъекта направленными на самих себя областями. Моя лекция была слишком математической и не имела желаемого успеха... 26.12.1904, Вена.

Объясняет природу «нервных проблем» размышлениями, и их невозможно отместить.

finish? *K.I. Chukovsky "Diaries"*

Vision was weakening day by day: a reader of scientific articles was hired; his wife (not in vain studied) wrote down his thoughts, prepared texts for publication.

But there is a place for a feat of the spirit. For the "Mathematical Encyclopedia" was to squeeze all the really useful out of abstruse works, discard the insignificant, cover everything published and organize the information clearly and simply so that it can be understood. *LB.*

LB refused, but after blackmailing a friend-editor (give the work to an ardent opponent), he dictated an article on kinetic theory.

He put on three pairs of glasses to distinguish notes.

After 10 years, the semi-paralyzed Mach (78) stubbornly scratched with his left hand: The goal of science is to bring facts into line with thoughts, and thoughts into line with each other ... *I am* changing. Sometimes it expands, sometimes it shrinks. And sometimes it disappears altogether, and not necessarily at the most sad moments ... Sensations are the common elements of all possible physical and mental experiences. When this is taken into account, many annoying imaginary problems simply disappear.

LB was afraid to go completely blind and leave a large family in unusual embarrassment. He remembered the blind and deceased (65) in poverty Georg Ohm ("the current strength in the circuit section is directly proportional to ...") or a modest ...

hide poverty – portray asceticism. *Herve Bazin "Get up and go"*

... the home of the dying professor of the University of Vienna Loschmidt (74).

LB – Franz Brentano, professional comforter of restless souls¹:

... again fell victim to an unpleasant nervous illness caused by philosophy ... thinking too much about these abstract confused things gets on my nerves; I am more accustomed to working on specific, self-directed areas independently of the thinking subject. My lecture was too mathematical and did not have the desired success... 12/26/1904, Vienna.

Explains the nature of "nervous problems" by reflection, and they cannot be brushed aside.

¹Харизматичный философ-прерафаэлит, предтеча феноменологии. Опыт католического священника, предшественник Маха на кафедре. На лекции заметил, что говорить о бессознательном бессмысленно. Дерзкий студент-медик некто Фрейд усомнился, но неизменно восхищался учителем / Charismatic Pre-Raphaelite philosopher, forerunner of phenomenology. The experience of a Catholic priest, Mach's predecessor in the pulpit. At the lecture, I noticed that talking about the unconscious is pointless. A brash medical student, one Freud, doubted, but invariably admired the teacher.

Литературный инвалид Фонвизин, потрясая белыми как мел руками, предостерегал студентов от яда писательства и излишних дум.

ЛБ мучим катаррами носа, уха, лёгких и желудка, но верит в целительное путешествие и пользу добровольного одиночества:

Во Флоренции большинство не страдает катаррами, или там, как и в Вене, все болеют гриппом? Как думаете, мог бы я провести там апрель один, вдали от уличной пыли, в каком-нибудь маленьком доме за городом не очень далеко от Вас, чтобы иногда заезжать в гости ... только нужен кто-то за плату читать вслух и записывать под диктовку по-немецки ... 6.3.1905, Вена.

... судьбоносное стечение обстоятельств, что в эту пасху буду жить у вас, когда поставил цель написать первую книгу по философии. Будут ли физические и душевные силы? Да поможет мне Господь! ... 28.3.1905, Вена.

... под Рождество мучили плохое самочувствие и надоевшие боли, из-за которых я 14 дней не мог выйти из комнаты. Мне лучше, но осталась глубокая душевная депрессия. Как завидую Вашим постоянным солнечным расположением духа и удовлетворённости всем вокруг (Брентано неуклонно терял зрение. *Е.Б.*). Вы настоящий философ. Мне тоже 62 года (адресат на шесть лет старше и пережил ЛБ на 10 лет. *Е.Б.*), но не достиг душевного покоя. В унынии вижу свою философскую позицию в чёрном свете, и возможность философского познания в целом... 16.1.1906, Вена.

Временно перебрался жить в институт. Свивал каучуковые шнуры.

ЛБ бывшему ученику:

Никогда не думал, что возможен такой конец.

Признавался:

... последние, самые серьёзные работы вообще никому не понятны.

Постоянно твердил:

из меня ничего не получится.

На увещевания, что из него что-то таки вышло, не обращал внимания, как и на престижную солидную премию «За высочайшие достижения в области естественных наук».

Весной 1906 г. ЛБ завершает преподавание.

... так плохо себя чувствую, что не могу читать лекции. Поэтому я так поздно получил Ваши письма... К сожалению, я совсем плох и несчастен... 1906, Вена.

«Противник» Эрнест Мах (сильный духом, пережил ЛБ на 10 лет), настроен по поводу сломленного коллеги отстранённо - пессимистически:

Fonvizin, a literary invalid, shaking his chalk-white hands, warned students against the poison of writing and excessive thoughts.

LB is tormented by catarrhs of the nose, ear, lungs and stomach, but believes in a healing journey and the benefits of voluntary solitude:

In Florence, most do not suffer from catarrhs, or there, as in Vienna, is everyone ill with the flu? Do you think I could spend April alone there, far from the dust of the street, in some small house outside the city not very far from you, in order to visit sometimes ... only you need someone for a fee to read aloud and take dictation on - German ... 6.3.1905, Vienna.

... a fateful coincidence that I will live with you this Easter when I set a goal to write the first book on philosophy. Will there be physical and mental strength? May the Lord help me! ... 28.3.1905, Vienna.

... on Christmas eve I was tormented by poor health and annoying pains, because of which I could not leave the room for 14 days. I feel better, but I still have a deep mental depression. How I envy your constant sunny mood and satisfaction with everything around (Brentano was steadily losing his sight. *E.B.*). You are a true philosopher. I am also 62 years old (the addressee is six years older and outlived LB by 10 years. *E.B.*), but did not achieve peace of mind. In despondency I see my philosophical position in a black light, and the possibility of philosophical knowledge in general... 16.1.1906, Vienna.

Temporarily moved to live in the Institute. Twisted rubber cords.

LB to a former student:

I never thought such an ending would be possible.

Confessed:

... the last, most serious works are generally incomprehensible to anyone.

Constantly said:

nothing will come of me.

He did not pay attention to admonitions that something did come out of him, as well as to the prestigious solid award "For the highest achievements in the field of natural sciences."

In the spring of 1906, LB completed teaching.

... I feel so bad that I can't lecture. That is why I received your letters so late... Unfortunately, I am quite bad and unhappy... 1906, Vienna.

The "opponent" Ernest Mach (strong in spirit, survived LB for 10 years), is detached and pessimistic about his broken colleague:

Boltzmann announced lectures for the summer

Больцман объявил о лекциях на летний семестр 1906 года, но вынужден был отменить их из-за своих нервов. В ближнем кругу знали, что Больцман не вернётся к преподавательской деятельности. Говорили, необходим постоянный медицинский присмотр, поскольку он уже пытался покончить с собой.

Медля, поелику можно, венский декан в начале мая сообщает в министерство: профессор Людвиг Больцман болен тяжёлой неврастенией и, согласно врачебным предписаниям, не может заниматься какой-либо научной работой. ... институт и лекции в достаточной мере обслуживаются ассистентом и приват-доцентом. Таким образом, выпадают только лекции по естественной философии без насущной потребности.

Врач в мае рекомендует ЛБ не маяться, а отдых и снова отдых.

Адриатические каноны. Генриетта давно приглядывалась к идиллической деревушке Дуино под Триестом (ныне фешенебельный курорт в Италии) в надежде, что перемена мест оздоровит мужа.

Прибыли в конце августа. Жара на спаде.

Сегодня вечером собираюсь совершить путешествие в отдалённое место и время, где печаль и слезы неизвестны, и горе осталось позади, где нет ни боли, ни мрака, на обратную сторону Луны. *Джойс П. Хейл «Обратная сторона луны»*

В среду пятого сентября ЛБ (62) повесился, не оставив прощальной записки, на коротком шнуре, ловко привязанном к оконному переплету гостиничного номера, пока близкие нежились у моря. По другой версии, жена, надеявшаяся, что кризис миновал, пошла с пиджаком профессора в чистку.

Отца обнаружила младшая Эльза (15). Не рассказывала об увиденном до конца дней.

Ни воля, ни сам субъект не исчезают бесследно, меняются только явления в самом индивидууме: питание, выделение, зачатие, смерть, трупы бальзамируют и хранят подобно нечистотам. Страх перед смертью – неприятное ощущение во время естественного процесса в теле человека. При старческой немощи проходит безболезненно. Никто никогда не жил в прошлом, всё будет жить в грядущем, каждый – только сейчас. Время бесконечно. Все уже давно должно было случиться. Почему мы, столь незначительные люди, имеем это право – жить сейчас!? Все великие умы уже мертвы. Тот, кто отрицает жизнь, не должен бояться смерти. Кто жизнь отрицает, кому тягостно надеяться на избавление остаётся самоубийство. *ЛБ.*

Церемония на окраинном (на Центральном брали дополнительную плату) венском кладбище

term of 1906, but had to cancel them due to his nerves. In the inner circle they knew that Boltzmann would not return to teaching. They said he needed constant medical attention, as he had already tried to commit suicide.

Slowly, as far as possible, the Viennese dean informs the ministry at the beginning of May: Professor Ludwig Boltzmann is ill with severe neurasthenia and, according to medical prescriptions, cannot engage in any scientific work. ... the institute and the lectures are adequately supported by an assistant and a private docent. Thus, only lectures on natural philosophy without an urgent need fall out.

In May, the doctor recommends LB not toil, but rest and rest again.

Adriatic eve. Henrietta had long been eyeing the idyllic village of Duino near Trieste (now a fashionable resort in Italy) in the hope that a change of place would improve her husband's health.

Arrived at the end of August. The heat is on the decline.

Tonight I'm going to take a journey to a distant place and time, where sadness and tears are unknown, and grief is left behind, where there is no pain, no darkness, to the far side of the moon. *Joyce P. Hale "The Other Side of the Moon"*

On Wednesday, September 5, LB (62) hanged himself, without leaving a farewell note, on a short cord, deftly tied to the window frame of a hotel room, while loved ones basked by the sea. According to another version, the wife, hoping that the crisis was over, went with the professor's jacket to be cleaned.

Elsa found her father (15). She did not talk about what she saw until the end of her days.

Neither the will nor the subject itself disappear without a trace, only the phenomena in the individual himself change: nutrition, excretion, conception, death, corpses are embalmed and stored like sewage. Fear of death is an unpleasant sensation during a natural process in the human body. With senile infirmity, it is painless. No one has ever lived in the past, everyone will live in the future, each only now. Time is endless. Everything should have happened a long time ago. Why do we, such insignificant people, have this right to live now!? All great minds are already dead. He who does not deny life should not be afraid of death. Whoever denies life, who finds it painful to hope for deliverance, is left with suicide. *ЛБ.*

The ceremony at the outlying (in the Central took an additional fee) Viennese cemetery Dö-

Дёблинг была негромкой. Присутствовал единственный физик, тем вошедший в историю науки.

Вокруг обстоятельств и «причин» смерти Больцмана роились слухи – от «вины» Маха до нелепых (повесился в церкви). Место злосчастной гостиницы не забыто.

Вместо послесловия. Мрачно-романтический замок на скале и прибой, не замеченные ЛБ, вдохновят спустя шесть лет очарованного странника с русской тоской:

Трудно быть мёртвым... / Пытаешься ты / время своё наверстать, / что упущено было, / пока не начнёшь – / незаметно – / ощущать / дуновения Вечности. *Р. Рильке «Дуинские элегии»*

bling was quiet. There was the only physicist who went down in the history of science.

Around the circumstances and "reasons" of Boltzmann's death, rumors swarmed – from Mach's "guilt" to the ridiculous (hung himself in a church). The place of the ill-fated hotel is not forgotten.

Instead of an afterword. A gloomy romantic castle on a rock and the surf, not noticed by LB, will inspire a fascinated wanderer with Russian longing six years later:

It's hard to be dead... / You're trying / to make up your time, / what was lost, / until you start – / imperceptibly – / to feel / the breaths of Eternity. *R. Rilke "Duino Elegies"*

Литература / References:

1. Полак Л.С. Людвиг Больцман. М.: Наука, 1987. [Polak L.S. Ludwig Boltzmann. M.: Nauka, 1987.] (In Russ)
2. Спиридонов О.П. Л. Больцман. М. Просвещение, 1987. [Spiridonov O.P. L. Boltzman. M. Enlightenment, 1987.] (In Russ)
3. Perez E.A. Наука. Величайшие теории: Вып 21: Вселенная погибнет от холода. Больцман. Термодинамика и энтропия. Пер. исп. М.: Де Агостини, 2015: 160. [Perez E.A. Science. The Greatest theories: Issue 21: The universe will die of cold. Boltzmann. Thermodynamics and entropy. Trans. Spanish M.: De Agostini, 2015: 160.] (In Russ)
4. Ludwig Boltzmann: His Later Life and Philosophy, 1900-1906: Book One, John T. Blackmore, ed, Springer, 1995. Kluwer Academic Publishers, 1995.
5. Зигмунд К. Точное мышление в безумные времена. Венский кружок и крестовый поход за основаниями науки. Пер. англ. М.: АСТ, 2021; 528. [Sigmund K. Precise Thinking in crazy times. The Vienna Circle and the Crusade for the Foundations of Science. Trans. Engl. M.: AST, 2021; 528.] (In Russ)
6. Cercignani C. Ludwig Boltzmann: The Man Who Trusted Atoms. Oxford University Press, USA, 1998.
7. Boltzmann L. Leben und Briefe. W. Höflechner, ed. Graz, 1994.
8. Больцман Л. Статьи и речи. М.: Наука, 1970. [Boltzman L. Articles and Speeches. M.: Nauka, 1970.] (In Russ)
9. Ленин В.И. Материализм и эмпириокритицизм. Критические заметки об одной реакционной философии. Политиздат, 1968. [Lenin V.I. Materialism and Empiriocriticism. Critical notes on a reactionary philosophy. Politizdat, 1968.] (In Russ)
10. Юханнисон К. История меланхолии. О страхе, скуке и печали в прежние времена и теперь. Пер. швед. М.: Новое литературное обозрение, 2011; 320. [Johannisson K. A history of melancholy. About fear, boredom and sadness in the old days and now. Translated from Swedish. M.: New Literary Review, 2011; 320.] (In Russ)

THE JOYS AND TORTURES OF LUDWIG BOLTZMANN, OR PERMANENCE OF A CHANCE. PART I: BIOGRAPHY ELEMENTS

E.B. Lyubov

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

Abstract:

The triumph and tragedy of Ludwig Boltzmann, a romantic thinker, luminary of physics and man for all time, are embodied in the cataclysms of science and the world of the late 19th and early 20th centuries. The stages of a long journey in science and life are traced with signs of suicidal behavior maturing over the years against the background of cumulation of chronic mental and somatic ailments, a vicious circle of multiplying psychosocial distress. At the same time, mutual devotion to the family and the cause of life (creativity) served as protective (anti-suicidal) factors and brightened up the darkest days. If possible, the testimonies of contemporaries, biographers, excerpts from personal letters and speeches of Professor Boltzmann are given, emphasizing the incarnations of a personality unique in its versatility: a subverter of dogmas and traditions, a rebel-demon of the most tender quivering soul and a passion-bearer.

Keywords: Boltzmann, life history, illness, suicide

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: 09.10.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 27.10.2022.

Для цитирования: Любов Е.Б. Радости и муки Людвигу Больцмана, или постоянство случая. Часть I: элементы биографии. *Suicidologia*. 2022; 13 (4): 3-26. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-3-26

For citation: Lyubov E.B. The joys and tortures of ludwig boltzmann, or permanence of A chance. Part I: biography elements. *Suicidology*. 2022; 13 (4): 3-26. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-3-26 (In Russ / Engl)

САМОУБИЙСТВА ПОСЛЕ УБИЙСТВ ИЗ СОСТРАДАНИЯ

А.В. Голенков

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

SUICIDES AFTER MERCY KILLING

A.V. Golenkov

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Republican Children's Clinical Hospital, Cheboksary, Russia

Сведения об авторе:

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Researcher ID: C-4806-2019; ScopusAuthorID: 36096702300). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6; БУ «Республиканская детская клиническая больница». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (905) 197-35-25, электронная почта: golenkovav@inbox.ru

Information about the author:

Golenkov Andrei Vasilievich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Place of work and position: Head of the Department of Psychiatries, Medical Psychology and Neurology, I.N. Uliyanov Chuvash State University. Address: 6 Pirogov Str., Cheboksary, Russia; Republican Children's Clinical Hospital. Address: 15 Moskovsky Prospect, Cheboksary, Russia. Phone: +7 (905) 197-35-25, email: golenkovav@inbox.ru

Убийство из милосердия (Mercy killing) (МК) основано на предпосылке, что качество жизни у человека достигло такой степени, когда смерть в результате убийства становится актом сострадания, независимо от согласия страждущего лица. Малочисленность публикаций по теме МК с последующим самоубийством, особенно в отечественной научной литературе, делает такую работу актуальной и востребованной. *Цель исследования* – изучить случаи самоубийств после МК в субъектах Российской Федерации (РФ), произошедших в 2006-2021 гг. *Материалы и методы*. Проанализировано 10 случаев МК (5 мужчин и 5 женщин, в возрасте от 33 до 76 лет; средний – 57,0±13,2 года) из девяти регионов РФ. *Результаты*. МК чаще совершали родители (7), а жертвами были взрослые дети (4), либо малолетние дети (2) с умственной отсталостью (инвалидностью с детства), реже – больные с деменцией (3), детским аутизмом (1). Агрессоры в большинстве случаев оказались старше своих жертв (6 лиц мужского пола и 4 женского, в возрасте от 5 до 83 лет; средний – 42,1±23,9 года). Средствами как убийств, так и самоубийств чаще (50-60%) выступали колюще-режущие предметы, реже (20%) – удушение (самоповешение). Огнестрельное оружие агрессоры не использовали. *Заключение*. Случаи МК в РФ – это преимущественно убийство родителями детей (недееспособных инвалидов с детства, в возрасте 18 лет и старше) с интеллектуально-мнестическими нарушениями, из-за невозможности осуществлять за ними уход, связанный с неизлечимой болезнью опекуна и её прогрессированием.

Ключевые слова: Mercy killing, самоубийства, отравление психотропными средствами, Российская Федерация

Убийство из милосердия (Mercy killing) (МК) обычно подразумевает умышленное лишение жизни, совершаемое членами семьи (супругами) или друзьями (ухаживающими, опекунами) с намерением положить конец предполагаемым страданиям близкого человека [1]. Агрессорами обычно являются пожилые мужчины (мужья), а жертвами – больные мучительной неизлечимой болезнью жёны [2-4], реже – это дети и их матери [5]. МК основано на предпосылке,

Mercy killing (МК) usually involves the intentional deprivation of life by family members (spouses) or friends (carers, guardians) with the intent to end the perceived suffering of a loved one [1]. The aggressors are usually elderly men (husbands), and the victims are those who suffer from a painful incurable disease – wives [2-4], less often children and their

что качество жизни у человека достигло такой степени, когда смерть в результате убийства становится актом сострадания, независимо от согласия страждущего лица [2]. В ряде случаев агрессоры после МК совершают самоубийство [3, 4]. Именно такой деликт встречался в 17,5% случаев МК среди убийств, совершённых пожилыми людьми [1]; в США, он составил 1,3%, в 88,6% – с помощью огнестрельного оружия [6].

В Индии (регион Джамнагар в штате Гуджарат) все 13 случаев детских убийств-самоубийств (постгомицидные самоубийства – ПГСУ) совершили матери по альтруистическим мотивам; методами как убийств, так и самоубийств были поджог (самосожжение) или утопление [5]. Причины, по которым совершаются МК, довольно разнообразны [7]. Самоубийство после МК обычно характеризуется историей заботливых долгосрочных отношений между близкими пожилыми людьми, когда агрессоры становятся перегружены и подавлены бременем заботы, и часто имеют собственные проблемы со здоровьем [8]. В 92% случаев это соматоневрологические заболевания, в 50% – неизлечимые болезни [2]; 40% убийц-самоубийц были опекунами для своих жён [3].

В своей практике мы встретились с четырьмя случаями убийства своих детей, совершённые больными шизофренией женщинами, чтобы избавить их от мнимых мучений, которые должны были выпасть на их долю («убийства из милосердия, сострадания»); некоторые из них после убийства высказывали суицидальные мысли и намерения, но самоубийство в ближайшую неделю после убийства не совершили [9]. Не встретили мы и других исследований на эту тему среди отечественных учёных.

Таким образом, малочисленность публикаций по теме МК с последующим самоубийством в научной литературе делает такую работу актуальной и востребованной.

Цель исследования – изучить случаи самоубийств после МК в субъектах Российской Федерации (РФ), произошедших в 2006-2021 гг.

Материалы и методы.

Проанализировано 10 случаев самоубийств после МК (5 мужчин и 5 женщин, в возрасте от 33 до 76 лет; средний – $57,0 \pm 13,2$ года) из девяти субъектов регионов Российской Федерации (два деликта были совершены в Ульяновской области, восемь – в других регионах страны).

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (M –

mothers [5]. МК is based on the premise that a person's quality of life has reached the point where death by murder becomes an act of compassion, regardless of the sufferer's consent [2]. In a number of cases, the aggressors commit suicide after MK [3, 4]. It was this delict that occurred in 17.5% of cases of MK among murders committed by elderly people [1]; in the USA, it was 1.3%, 88.6% used firearms [6].

In Jamnagar region in the state of Gujarat in India all 13 cases of child homicide-suicides (post-homicidal suicides – PHSU) were committed by mothers for altruistic reasons; the methods of both murders and suicides were arson (self-immolation) or drowning [5]. The reasons why MKs are performed are quite diverse [7]. Suicide after MK is usually characterized by a history of nurturing long-term relationships between close elderly people, where the aggressors become overwhelmed and overwhelmed by the burden of caring, and often have their own health problems [8]. In 92% of cases, these are somatoneurological diseases, in 50% – incurable diseases [2]; 40% of suicide killers were guardians for their wives [3].

In our practice, we came across four cases of murdering children committed by women with schizophrenia, in order to save them from the imaginary torment that they had to overgo (“mercy killings, killing out of compassion”); some of them expressed suicidal thoughts and intentions after the murder, but they did not commit suicide in the next week after the murder [9]. We did not come across other studies on this topic among domestic scientists.

Thus, the small number of publications on the topic of MK with subsequent suicide in the scientific literature makes such work relevant and in demand.

The aim of the study is to study the cases of suicides after MK in the subjects of the Russian Federation (RF) that occurred in 2006-2021.

Materials and methods.

We analyzed 10 cases of suicides after MK (5 men and 5 women, aged 33 to

среднее значение, SD – стандартное отклонение).

Результаты исследования.

Как видно из табл. 1, МК чаще совершали родители, а жертвами были взрослые дети с умственной отсталостью (инвалидностью с детства), реже – больные с деменцией.

Таблица / Table 1

Клинико-демографические особенности агрессоров и жертв
Clinical and demographic features of aggressors and victims

Показатель Indicator	Агрессоры Aggressors	Жертвы Victims
Возраст, диапазон (года) Age, range (years)	57,0±13,2 33-76	42,1±23,9 5-83

Член семьи
Family member

Мать Mother	4	1
Отец Father	3	–
Муж Husband	1	1
Жена Wife	1	1
Сын, дочь (<18) Son, daughter (<18)	1	5 (2*)

Психические расстройства и соматоневрологическая патология
Mental disorders and somato-neurological pathology

Психоз Psychosis	1	–
Деменция Dementia	–	3
Депрессия Depression	1	–
Умственная отсталость Mental retardation	–	6
Органическое ПР Organic MD	1	–
Онкопатология Oncology	2	–
Детский аутизм Childhood autism	–	1
Не известно Notknown	5	–
Всего Total	10	10

Примечание: *В скобках указано число малолетних (младше 18 лет) детей.

76 years; mean age 57.0±13.2) from nine regions of the Russian Federation (two delicts were committed in the Ulyanovsk region, eight were committed in other regions of the country).

Mathematical and statistical processing was carried out using descriptive statistics (M – mean value, SD – standard deviation).

Research results.

As can be seen from Table. 1, МК was more often committed by parents, and the victims were adult children with mental retardation (disability since childhood), less often – by patients with dementia. The aggressors in most cases turned out to be older than their victims (6 out of 10 were aged 60 and older, 3 out of 10 were elderly victims; two torts were committed while intoxicated).

The means of both murders and suicides were more often piercing and cutting objects, less often it was strangulation (self-hanging); the aggressors did not use firearms (Table 2). The weapons of murder and suicide coincided in 40%.

Here is a personal observation of МК that was followed by suicide, which we met at the post-mortem forensic psychological and psychiatric examination.

Observation. N.P., 57 years old. There is no information on hereditary burden. The patient was born in the countryside, in a large family. She grew and developed without deviations. After high school, she received secondary specialized education. All her life she worked as a veterinarian on a collective farm. For three years she was in the 3rd group of disability due to a hernia of the spine, at the age of 50 she got retired. She was married, had three children, one of whom was deeply mentally retarded, disabled since childhood, recognized as incompetent, she was his guardian.

Out of the diseases suffered, the following are noted: chronic parenchymal pancreatitis, active phase, insufficiency of external secretion of moderate severity. fatty hepatosis. Chronic hypertrophic gastritis. Chronic tension headaches with soreness of the pericranial muscles. Osteochondrosis of the cervical, thoracic spine,

Агрессоры в большинстве случаев оказались старше своих жертв (6 из 10 находились в возрасте 60 лет и старше, жертв преклонного возраста было 3 из 10; в состоянии алкогольного опьянения совершено два деликта).

Средствами как убийств, так и самоубийств чаще выступали колюще-режущие предметы, реже – удушение (самоповешение); огнестрельное оружие агрессоры не использовали (табл. 2). Орудия убийств и самоубийств совпадали в 40%.

Таблица / Table 2

Орудия(способы) убийств / самоубийств, %
Weapons (methods) of murders / suicides, %

Орудие убийств / самоубийств Murders / Suicides weapons	Убийства Weapons	Самоубийства Suicides
Колюще-режущие предметы Piercing and cutting objects	6	5
Удушение / Самоповешение Suffocation / Self Hanging	2	2
Отравление Poisoning	1	2
Несколько видов Several kinds	1	1
Всего Total	10	10

Приводим личное наблюдение МК с последующим самоубийством, встретившиеся нам на посмертной судебной психолого-психиатрической экспертизе.

Наблюдение. Н.П., 57 лет. Сведения о наследственной отягощённости отсутствуют. Родилась в сельской местности, в многодетной семье. Росла и развивалась без отклонений. После средней школы, получила среднее специальное образование. Всю жизнь работала ветеринаром в колхозе. В течение трёх лет находилась на 3 группе инвалидности в связи с грыжей позвоночника, в 50 лет вышла на пенсию. Замужем, имела троих детей, один из которых глубоко умственно отсталый, инвалид с детства, признан недееспособным, являлась его опекуном.

Из перенесённых заболеваний отмечаются: хронический паренхиматозный панкреатит, активная фаза, недостаточность внешней секреции средней тяжести. Жировой гепатоз. Хронический гипертрофический гастрит. Хронические головные боли напряжения с болезненностью перикраниальных мышц. Остеохон-

neurodystrophic form. Atherosclerosis of the aorta, cerebral vessels. Hypertension stage III, diastolic dysfunction of the left ventricle. Rare supraventricular extrasystole.

In recent years, she was regularly admitted to inpatient treatment at the Central District Hospital due to hypertensive crises against the background of stage II dyscirculatory encephalopathy, transient ischemic attacks, or cervicgia due to cervical osteochondrosis; persistent insomnia and a protracted anxiety-depressive state were also observed, in connection with which afobazole, amitriptyline, and various sedatives were prescribed.

From the description issued by the head of the administration of the rural settlement: the NP was calm by nature, did not drink alcohol, was engaged in house-keeping, cared for her group I disabled son from childhood. Relations in the family, as well as with neighbors and fellow villagers were normal. She did not participate in conflict situations, there were no complaints about her behavior, and she was not previously prosecuted. The deceased son of NP was unbalanced and quick-tempered. He did not speak spoken language, did not attend preschool institutions, did not study at school. Recognized as incapacitated, he was fully serviced by his parents. He rarely went out into the street; there were no complaints received about his behavior from those around him and neighbors by the administration of the rural settlement.

According to the criminal case, it is known that NP, 57 years old, and her mentally retarded son MI, 32 years old, died almost simultaneously in their house. According to another son: “At about 5 p.m., my wife and I heard strange sounds that MI was making. Entering one of the rooms of the house, I saw my mother NP lying on MI and pulling the neck of his T-shirt down with one hand, while her other hand was lying on the bed. The mother said that “I would die ...”, and after a while – “... and I will take MI with me”; She was in an inadequate state, crying a lot. She had an increased

дроз шейного, грудного отделов позвоночника, нейро-дистрофическая форма. Атеросклероз аорты, церебральных сосудов. Гипертоническая болезнь III стадии, диастолическая дисфункция левого желудочка. Редкая наджелудочковая экстрасистолия.

В последние годы регулярно поступала на стационарное лечение в ЦРБ в связи с гипертоническими кризами на фоне дисциркуляторной энцефалопатии II ст., транзиторными ишемическими атаками, либо цервикалгией, обусловленной шейным остеохондрозом; также наблюдались стойкая инсомния и затяжное тревожно-депрессивное состояние в связи с чем назначались афобазол, amitриптилин, различные седативные средства.

Из характеристики, выданной главой администрации сельского поселения: НП по характеру была спокойной, спиртные напитки не употребляла, занималась ведением домашнего хозяйства, ухаживала за сыном-инвалидом I группы с детства. В семье, с соседями и односельчанами отношения были нормальные. В конфликтных ситуациях не участвовала, жалобы на её поведение не поступали, ранее к уголовной ответственности не привлекалась. Умерший сын НП был неуравновешенный и вспыльчивый. Разговорной речью не владел, дошкольные учреждения не посещал, в школе не обучался. Признан недееспособным, полностью обслуживался своими родителями. На улицу выходил редко, жалобы на его поведение от окружающих и соседей в администрацию сельского поселения не поступали.

По уголовному делу известно, что в своём доме практически одновременно умерли НП, 57 лет и её умственно отсталый, сын МИ, 32 лет. Со слов другого сына: «около 17 часов я и моя супруга услышали звуки, которые издавал МИ. Зайдя в одну из комнат дома, я увидел, как моя мать НП лежит на МИ и отдергивает горловину его футболки вниз одной рукой, а другая её рука лежала на кровати. Мать говорила, что «Умереть бы...», а через некоторое время – «... и МИ с собой заберет»; была она в неадекватном состоянии, сильно плакала. У неё было повышенное давление 200 на 110, в связи с чем была вызвана скорая медицинская помощь. Я приглядывал за своим братом МИ, а моя жена – за НП. По приезду бригады скорой медицинской помощи МИ также стало плохо, повысилось давление. Во время оказания медицинской помощи сначала умер мой брат, через несколько минут умерла наша мать».

Из объяснения фельдшера станции скорой медицинской помощи: «В 17 часов 31 минуту поступил

blood pressure of 200 over 110, in connection with which an ambulance was called. I looked after my brother MI and my wife looked after NP. Upon the arrival of the ambulance team, MI also became worse and his blood pressure increased. During the provision of medical care, my brother died first, and our mother died a few minutes later.»

From the explanation of the paramedic of the ambulance station: “At 17:31, a call was received from the dispatcher that a woman had high blood pressure. Arriving at the indicated address at 5:50 pm and entering the house, they saw a woman lying on the sofa. Her skin on visible parts of her body was bluish-pale, and her hair was damp. The woman was conscious. According to the daughter-in-law, I was made aware that they were giving lisinopril after calling an ambulance. We measured her pressure, it was 200/100, and made a cardiogram, which did not reveal any significant changes, “talking” for acute myocardial infarction. The woman complained of diffuse pain in her head. A little later, the man and daughter-in-law told us that they also had a brother who was also ill. In the bedroom there was a young man lying on the bed, his lips were blueish and he was breathing rapidly, he was restless, wanted to get up. According to his brother, we learned that he has been disabled since childhood due to cerebral palsy. He made no complaints. His blood pressure was 160 over 90, his pulse was 166 beats per minute, and his pulse oximetry was 89%. Therefore, I wanted to let him breathe through an oxygen cylinder, put a catheter on his right arm, but after a while his heart stopped, his breathing stopped. We then began to provide resuscitation, for which we put him on the floor. Our efforts have not been successful. One of the relatives said that the mother became worse, she began to turn blue, we came up to her. During the measurement of the control pressure, it was no longer determined. NP's face turned blue, convulsions appeared, she stretched out, her breathing stopped. Then we put her on the floor and began to carry out resuscitation, but they did not

звонок от диспетчера о том, что у женщины поднялось высокое давление. Прибыв по указанному адресу в 17 часов 50 минут и войдя в дом, увидели лежащую на диване женщину. Кожные покровы на видимых участках тела у неё были синюшно-бледные, а волосы – влажные. Женщина находилась в сознании. Со слов снохи, мне стало известно, что они давали лизиноприл, после звонка в скорую. Мы измерили давление, оно было 200/100 мм рт ст и сделали кардиограмму, которая значительных изменений, «говорящих» за острый инфаркт миокарда, не выявила. Женщина жаловалась на разлитую боль в голове. Чуть позже сын и сноха нам сказали, что у них есть ещё брат, которому также плохо. В спальне на кровати лежал молодой человек с «синими» губами и учащённым дыханием, беспокойный, хотел встать. Со слов его брата, нам стало известно, что он является инвалидом с детства по ДЦП. Жалоб он не предъявлял. У него давление было 160 на 90, пульс – 166 ударов в 1 минуту и пульсоксиметрия – 89%. Поэтому я хотел дать подышать ему через кислородный баллон, поставить катетер на правую руку, но через некоторое время сердце его остановилось, дыхание прекратилось. Мы тогда стали оказывать реанимационные мероприятия, для чего положили его на пол. Наши усилия не привели к успеху. Кто-то из родственников сказал, что матери стало хуже, она начала синеть, мы тогда перешли к ней. Во время измерения контрольного давления оно уже не определялось. Лицо НП посинело, появились судороги, она вытянулась, дыхание остановилось. Затем мы переложили её на пол и стали осуществлять реанимационные мероприятия, но они не дали никаких результатов».

Из объяснения мужа подэкспертной НП: «Примерно за три года до смерти моей супруги и моего сына, точно год и месяц не помню, моя супруга сдавала денежную отчётность в отделе социальной защиты на МИ по пенсии за инвалидность I группы на покупку лекарств, одежды, подгузников и других товаров необходимых для обеспечения сына. В ходе сдачи отчётности у моей супруги возникли какие-то проблемы, какие именно, я не знаю. С ней я тогда не ездил. После поездки она рассказала мне о том, что из-за какой-то ошибки её хотели лишиться опекуна, то есть хотели забрать сына. Как я думаю, её предупредили, чтобы она больше не нарушала финансовую отчётностью. После этого она стала сильно переживать, у неё постоянно болела голова, она не спала ночами.

give any results.

From the explanation of NP's husband: "Approximately three years before the death of my wife and my son, I don't remember exactly the year and month, my wife submitted financial statements to the department of social protection at the Medical Institute for a pension for disability of group I in order to purchase medicines, clothes, diapers and other goods necessary to provide for the son. During the reporting, my wife had some problems, I don't know which ones. I didn't go with her then. After the trip, she told me that, due to some mistake, they wanted to deprive her of guardianship, that is, they wanted to take her son away. I think she was warned not to violate the financial statements again. After that, she became very worried, she constantly had a headache, she did not sleep at night.

On the eve of her death, my wife and son were at home, as were the rest of the family. We slept in the house, I was sleeping in the back room next to the kitchen, my wife was sleeping in the back bedroom leading from the hall, my son was sleeping in the near room leading from the hall. Grandchildren, another son and daughter-in-law were sleeping in their room.

On the eve of her death, my wife did not sleep almost all night, crying. I approached her and asked what was wrong with her, she, as usual, said that she had a headache. We woke up in the morning, I left the house around 08-09 am. My wife and son were left at home alone. In the evening at about 18 o'clock, I approached the house and saw an ambulance car near the house. I went into the house where there were medical workers, my son, daughter-in-law and grandchildren. It seems that my son Vitaly was also in the house. I had already been informed that MI and my wife passed away. My son was lying on the floor in his room, my wife was lying on the sofa in the hall with no signs of life. Later, the police arrived. From the words of relatives, I became aware that the period between the death of my son and the death of my wife was about 7 minutes.

Approximately 10-15 years before

Накануне смерти моя супруга и сын были дома, как и остальные члены семьи были дома. Мы спали в доме, я – в задней комнате рядом с кухней, моя супруга – в дальней спальне, ведущей из зала, мой сын – в ближней комнате, ведущей из зала. Внуки, другой сын и сноха спали в своей комнате.

Накануне смерти моя супруга практически всю ночь не спала, плакала. Я подходил к ней и спрашивал, что с ней, она как обычно говорила о том, что у неё болит голова. Проснулись мы утром, я ушёл из дома около 08-09 часов. Моя супруга и сын остались дома одни. Вечером около 18 часов, я подходил к дому и увидел возле дома автомобиль скорой медицинской помощи. Я зашёл в дом, где находились медицинские работники, мой сын, сноха и внуки. Вроде бы в доме также был мой сын Виталий. Мне уже сообщили о том, что МИ и супруга скончались. Сын лежал на полу в своей комнате, моя супруга – на диване в зале без признаков жизни. В последующем приехали сотрудники полиции. Со слов родственников мне стало известно о том, что период между смертью моего сына и смерти моей супруги составил около 7 минут.

Примерно за 10-15 лет до смерти моя жена лежала в больнице в связи с тем, что у нее была обнаружена грыжа в позвоночнике, она не могла ходить, постоянно лежала. После лечения и выписки она начала ходить, ей оформили временную инвалидность (3 группу), через три года инвалидность сняли, в 50 лет она вышла на пенсию. У моей супруги также было повышенное артериальное давление, часто бывали судороги. Когда я с ней разговаривал, она мне постоянно говорила, что у нее постоянно болит голова и то, что она устала от болей в голове. Моя супруга не хотела отпускать нашего сына в психиатрическую больницу, также говорила о том, что как он будет жить, если её не станет, переживала из-за этого. Чтобы себя успокоить, она постоянно пила лекарства, но какие, я точно не знаю, за ней не следил. Она была опекуном нашего сына, сама готовила ему, но кушал он сам. Лекарственные препараты МИ она давала сама, сам сын никакие лекарственные препараты не пил. Они периодически ходила на приём к участковому врачу психиатру, который выписывал рецепты на покупку психотропных средств. Все лекарства по рецепту врача покупала моя супруга. Мой сын был инвалидом I группы с детства по психическому расстройству, нигде не учился, ничего толком не понимал, работать и обслуживать себя не мог. Моя супруга неоднократно ранее говорила: «Как мой сын будет

her death, my wife was in the hospital due to the fact that she had a hernia in her spine, she could not walk, she was constantly lying. After treatment and discharge, she began to walk, she was issued a temporary disability (Group 3), three years later the disability was removed, and at the age of 50 she got retired. My wife also had high blood pressure, often had convulsions. When I talked to her, she constantly told me that she constantly had a headache and that she was tired of pain in her head. My wife did not want to let our son go to a psychiatric hospital, she also talked about how he would live if she was gone, she was worried about this. To calm herself, she constantly drank medicines, but which, I don't know exactly, I didn't follow her. She was the guardian of our son, she cooked for him, but he ate himself. She gave the medicines to MI herself, the son himself did not take any medicines. She periodically went to see the local psychiatrist, who wrote out prescriptions to purchase psychotropic drugs. My wife bought all prescription drugs. My son was a group I disabled person since childhood due to a mental disorder, he did not study anywhere, he did not really understand anything, he could not work and serve himself. My wife has repeatedly said before: "How will my son live if I am gone ... How will you look after him ...". After these words, my children and I calmed her down. I think that my wife NP was tired of living with headaches, and therefore she could drink a lot of drugs and poison our son MI, because she did not want me and his brothers to look after and look after him."

According to the conclusions of the forensic medical expert, MI's death was the result of acute poisoning with Sonapax drug; NP's death was due to combined poisoning with Sonapax (antipsychotic of the phenothiazine series) and Carbamazepine (antiepileptic) drugs. During the forensic chemical examination of blood from corpses, ethyl alcohol was not detected.

So, psychological and psychiatric analysis allows us to conclude with a high

жить, если меня не станет... Как вы будете смотреть за ним...». После этих слов я и мои дети успокаивали её. Думаю, что моя супруга НП устала жить с головными болями, в связи с чем могла выпить в большом количестве лекарственные препараты и отравить нашего сына МИ, поскольку не хотела, чтобы я и его братья ухаживали и смотрели за ним».

Согласно заключениям судебно-медицинского эксперта, смерть МИ наступила в результате острого отравления лекарственным препаратом «Сонапакс»; смерть НП наступила от комбинированного отравления лекарственными препаратами «Сонапакс» (нейролептик фенотиазинового ряда) и «Карбамазепин» (противоэпилептический препарат). При судебно-химическом исследовании крови от трупов этиловый спирт не обнаружен.

Итак, психолого-психиатрический анализ позволяют с высокой степенью вероятности заключить, что в период, предшествовавший ПГСУ, у НП обнаруживались признаки Органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства с тревожно-депрессивным синдромом в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.61 по МКБ-10). Об этом свидетельствуют данные медицинской документации с описанием выраженной и хронической сочетанной соматоневрологической патологии и ПР (астено-тревожно-депрессивное состояние, инсомния). Данное психическое состояние в период, предшествовавший смерти НП, с высокой степенью вероятности могло способствовать принятию решения о совершении «расширенного самоубийства» (постгомицидно-го самоубийства с мотивами «убийства из сострадания»).

Представленный случай соответствует наиболее распространённому в нашей выборке самоубийству после МК, совершённого матерью. Его мотивом послужила выраженная соматоневрологическая патология с психическим расстройством (тревожно-депрессивное состояние) у убийцы, которые, вероятно, сопровождалась мыслями о скорой смерти и дальнейшей судьбе своего умственно отсталого сына инвалида с детства, нуждающегося в круглосуточном наблюдении и уходе. Муж (отец) домашними делами не занимался, взрослые дети работали, имели свои семьи с несовершеннолетними детьми, поэтому они не смогли бы полноценно ухаживать за недееспособным человеком с тяжёлой умственной отсталостью и ДЦП. С учётом этого мать решила убить своего сына («забрать его с собой») и совершить самоубийство путём отравления психотропными препаратами.

degree of probability that in the period preceding PHSU, NP showed signs of organic emotionally labile (asthenic) disorder with anxiety-depressive syndrome due to cerebral vascular disease (F 06.61 according to the ICD-10). This is evidenced by the data of medical documentation with a description of severe and chronic combined somato - neurological pathology and MD (asthenic anxiety depressive state, insomnia). This mental state in the period preceding the death of the MD, with a high degree of probability, could contribute to the decision to commit an "extended suicide" (post-homicidal suicide with the motives of "compassion killing").

The presented case corresponds to the most common suicide in our sample after MK, committed by a mother. His motive was a severe somato-neurological pathology with a mental disorder (anxiety-depressive state) in the killer, which was probably accompanied by thoughts of an imminent death and the future fate of his mentally retarded son, an invalid since childhood, in need of round-the-clock observation and care. The husband (father) did not do household chores, adult children worked, had their own families with minor children, so they would not be able to fully care for an incapacitated person with severe mental retardation and cerebral palsy. With this in mind, the mother decided to kill her son ("take him with her") and commit suicide by poisoning them both with psychotropic drugs.

As follows from the instructions for the use of psychotropic drugs¹, the toxicity of Sonapax begins to manifest itself at a plasma concentration of thioridazine of more than 10 mg/l, at a concentration of 20-80 mg/l it leads to death. In acute overdose, rhythm disturbances (arrhythmias), tachycardia (ventricular), prolongation of the Q-T interval occurs. Carbamazepine also causes tachycardia in acute intoxication, sometimes increases blood pressure, disrupts intraventricular conduction with an expansion of the QRS complex with cardiac arrest. The lethal dose of carbamazepine exceeds 2000 mg. In the

Как следует из инструкции применения психотропных средств¹, токсичность Сонапакса начинает проявляться при концентрации тиоридазина в плазме более 10 мг/л, при концентрации 20-80 мг/л наступает смерть. При острой передозировке возникают нарушения ритма (аритмий), тахикардия (желудочковая), удлинение интервала Q-T. Карбамазепин также вызывает тахикардию при острой интоксикации, иногда повышает артериальное давление, нарушает внутрижелудочковую проводимость с расширением комплекса QRS с остановкой сердца. Смертельная доза Карбамазепина превышает 2000 мг. В представленном случае наблюдалась сердечная недостаточность, нарушение сердечного ритма (преимущественное поражение сердечной мышцы), что явилось одной из главных причин, приведших к летальному исходу.

Соматическое страдание, хроническая и интенсивная боль, в том числе и головная – может быть причиной самоубийства [10, 11]. Стойкий болевой синдром иногда наблюдается у агрессоров, совершивших ПГСУ [12]. В описанном случае головная боль чётко прослеживается у главного фигуранта этого деликта. В тоже самое время у убийцы имеются психическое расстройство с тревожно-депрессивной симптоматикой (принимала антидепрессанты и другие психотропные средства) и коморбидная соматоневрологическая патология.

Убийство из милосердия по бредовым мотивам мы наблюдали у больных шизофренией матерей [9], в Индии конфликты в семье и семейные проблемы были основными мотивами убийства детей [5]. Больные с аутизмом, умственной отсталостью и психозом нередко являются жертвами МК, совершёнными родителями [13, 14], а больные с деменциями – супругами [2, 7, 15]. Люди с деменцией подвергались более высокому риску убийств или жестокого обращения, чем люди без деменции [16].

В научной литературе описано несколько «сценариев» убийств, связанных с болезнью пожилых людей: преступление совершено, чтобы положить конец страданиям больного; когда преступник – опекун «измотан заботой» о своём подопечном; оба – и убийца, и жертва были больны; агрессор имел болезнь, которая способствовала ПГСУ [5]. В проведённом исследовании в шести случаях болезнь преступника оказала решающее влияние на совершённое убийство (недееспособного инвалида с детства), в

presented case, there was heart failure, cardiac arrhythmias (predominant damage to the heart muscle), which was one of the main causes that led to death.

Somatic suffering, chronic and intense pain, including headache, can be the cause of suicide [10, 11]. Persistent pain syndrome is sometimes observed in aggressors who have committed PHSU [12]. In the described case, the headache is clearly seen in the main person involved in this delict. At the same time, the killer has a mental disorder with anxiety and depressive symptoms (she took antidepressants and other psychotropic drugs) and comorbid somatoneurological pathology.

Mercy killing for delusional motives was observed in mothers with schizophrenia [9], in India family conflicts and family problems were the main motives for killing children [5]. Patients with autism, mental retardation and psychosis are often victims of MK committed by parents [13, 14], and patients with dementia are often spouses [2, 7, 15]. People with dementia were at higher risk of homicide or abuse than people without dementia [16].

The literature describes several "scenarios" of murders related to the illness of the elderly: the crime is committed to end the suffering of the patient; when the criminal – the guardian – is "exhausted by care" about their ward; both the killer and the victim were sick; the aggressor had a disease that contributed to PHSU [5]. In the study, in six cases the offender's illness had a decisive influence on the murder committed (of an incapacitated disabled person from childhood), in four cases it was mainly dementia and autism of the wards.

In the USA, 31.6-44.0% of PHSUs were performed by carers of the elderly [3, 8]. 40.0% of suicide killers aged 55 and over were guardians for their wives; none of the common elderly suicides was a guardian [3].

Parents (mainly fathers) can also be the killers of their handicapped children

¹<https://www.lsgеotar.ru/sonapax-13130>.

четырёх в основном – деменция и аутизм подопечных.

В США 31,6-44,0% ПГСУ совершили ухаживающие за пожилыми людьми [3, 8]. 40,0% убийц-самоубийц в возрасте 55 лет и старше были опекунами для своих жён; ни один из обычных самоубийц пожилого возраста не являлся опекуном [3]. Родители (в основном отцы) также могут быть убийцами своих неполноценных детей (умственная отсталость с многочисленными врождёнными уродствами; с тяжёлой соматоневрологической патологией и др.) по мотивам милосердия [1, 16].

Особенностью наших 10 наблюдений является отсутствие применения огнестрельного оружия, хотя при совершении ПГСУ (убийств и самоубийств) в РФ оно одно из часто используемых. Женщины, лица, имеющие психические расстройства (депрессию) реже используют огнестрельное оружие, как и преступники, убившие интимного партнёра или других членов семьи [17].

Заключение

Случаи МК с последующим самоубийством в исследуемой выборке – это преимущественно убийство родителями детей (недееспособных инвалидов с детства, в возрасте 18 лет и старше) с интеллектуально-мнестическими нарушениями, из-за невозможности осуществлять за ними уход, связанный с неизлечимой болезнью опекуна и её прогрессированием. Такой вид ПГСУ среди всех убийств-самоубийств в РФ чаще совершают женщины, чем мужчины. Ввиду малочисленности наблюдений необходимо продолжение исследования МК.

(mental retardation with numerous congenital deformities; with severe somatoneurological pathology, etc.) for the motives of mercy [1, 16].

A feature of our 10 observations is the absence of the use of firearms, although when committing PHSU (murders and suicides) in the Russian Federation, it is one of the most frequently used. Women, persons with mental disorders (depression) are less likely to use firearms, as are criminals who have killed an intimate partner or other family members [17].

Conclusion

Cases of MK with subsequent suicide in the study sample are mainly the murder of children by parents (incapacitated disabled since childhood, aged 18 and older) with intellectual-mnestic disorders, due to the inability to care for them, associated with the incurable disease of the guardian and its progression. This type of PHSU among all murder-suicides in the Russian Federation is more often committed by women than men. Due to the small number of observations, it is necessary to continue the study of MK.

Литература / References:

- Lavi S.J. The Modern Art of Dying: a history of euthanasia in the United States. United Kingdom: Princeton University Press, 2005. 226 p.
- Canetto S.S., Hollenshead J.D. Older women and mercy killing. *Omega (Westport)*. 2000-2001; 42 (1): 83-89. DOI: 10.2190/nrb4-jh8b-vbcw-wm7j
- Malphurs J.E., Cohen D. A statewide case-control study of spousal homicide-suicide in older persons. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005 Mar; 13 (3): 211-217. DOI: 10.1176/appi.ajgp.13.3.211
- Cohen D. Older Adults Killed by Family Caregivers: An Emerging Research Priority. *JOJ Nurse Health Care*. 2019; 10 (3): 004555790. DOI: 10.19080/JOJNHC.2019.10.555790
- Gupta B.D., Gambhir Singh O. A unique trend of murder-suicide in the Jamnagar region of Gujarat, India (a retrospective study of 5 years). *J Forensic Leg Med*. 2008 May; 15 (4): 250-255. DOI: 10.1016/j.jflm.2007.12.013
- Shawon R.A., Adhia A., DeCou C., Rowhani-Rahbar A. Characteristics and patterns of older adult homicides in the United States. *Inj Epidemiol*. 2021 Feb 1; 8 (1): 5. DOI: 10.1186/s40621-021-00299-w
- Girsh F.J. Older women and mercy killing. *Omega (Westport)*. 2002; 45 (3): 289-290; author reply 291-296. DOI: 10.2190/RYKJ-DWN6-9F0P-HJHQ
- Karch D., Nunn K.C. Characteristics of elderly and other vulnerable adult victims of homicide by a caregiver: National violent death reporting system – 17 US States, 2003-2007. *J Interpers Violence*. 2011; 26: 137-157. DOI: 10.1177/0886260510362890
- Голенков А.В., Цымбалова А.Б. Клинико - эпидемиологическая и судебно-психиатрическая оценка убийств, совершённых женщинами с психическими расстройствами. *Психическое здоровье*. 2013; 11 (4-83): 19-23. [Golenkov A.V., Tsymbalova A.B. Clinical-epidemiological and forensic-psychiatric assessment of murders committed by women with mental disorders. *Mental Health*. 2013; 11 (4-83): 19-23.] (In Russ)

10. Гарагашева Е.П., Фадеева А.И. Вопросы превенции суицидальных действий онкологических больных. *Академический журнал Западной Сибири*. 2020; 16 (6): 18-20. [Garagasheva E.P., Fadeeva A.I. Prevention of suicide in cancer patients. *Academic Journal of West Siberia*. 2020; 16 (6): 18-20.] (In Russ)
11. Орлов Ф.В., Николаев Е.Л., Голенков А.В. Головная боль как предиктор суицидального поведения. *Российский журнал боли*. 2021; 19: 75-76. [Orlov F.V., Nikolaev E.L., Golenkov A.V. Headache as a predictor of suicidal behavior. *Russian J Pain*. 2021; 19: 75-76]. (In Russ)
12. Голенков А.В. Связь болевого синдрома с постгомицидными самоубийствами. *Российский журнал боли*. 2022; 20: 6-7. [Golenkov A.V. Association of pain syndrome with post-homicidal suicide. *Russian J Pain*. 2022; 20: 6-7] (In Russ)
13. Fink W.L., Roth L.H. Altruistic murder-suicide: a case report and clinical indications. *Hosp Community Psychiatry*. 1979 Aug; 30 (8): 558-559. DOI: 10.1176/ps.30.8.558
14. Coorg R., Tournay A. Filicide-suicide involving children with disabilities. *J Child Neurol*. 2013 Jun; 28 (6): 745-751. DOI: 10.1177/0883073812451777
15. Bourget D., Gagné P., Whitehurst L. Domestic homicide and homicide-suicide: the older offender. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2010; 38 (3): 305-311.
16. Chen R., Chien W.C., Kao C.C., Chung C.H., Liu D., Chiu H.L., Chou K.R. Analysis of the risk and risk factors for injury in people with and without dementia: a 14-year, retrospective, matched cohort study. *Alzheimers Res Ther*. 2018 Oct 30; 10 (1): 111. DOI: 10.1186/s13195-018-0437-0
17. Schwab-Reese L.M., Peek-Asa C. Factors contributing to homicide-suicide: differences between firearm and non-firearm deaths. *J Behav Med*. 2019 Aug; 42 (4): 681-690. DOI: 10.1007/s10865-019-00066-9

SUICIDES AFTER MERCY KILLING

A.V. Golenkov

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

Abstract:

Mercy killing (MK) is based on the premise that a person's quality of life has reached the point where death by killing becomes an act of compassion, regardless of the sufferer's consent. The small number of publications on the topic of MK with subsequent suicide, especially in the national scientific literature, makes this work relevant and in demand. *The aim of the study* is to study the cases of suicides after MK in the subjects of the Russian Federation (RF) that occurred in 2006-2021. *Materials and Methods*. We analyzed 10 cases of MK (5 men and 5 women, aged 33 to 76 years; mean age 57.0±13.2) from nine regions of the Russian Federation. *Results*. MK was more often committed by parents (7), and the victims were adult children (4), or young children (2) with mental retardation (disability since childhood), less often these were patients with dementia (3), childhood autism (1). The aggressors in most cases turned out to be older than their victims (6 males and 4 females, aged from 5 to 83; mean age 42.1±23.9). The means of both murders and suicides more often (50-60%) were piercing and cutting objects, less often (20%) strangulation (self-hanging). The aggressors did not use firearms. *Conclusion*. Cases of MK in the Russian Federation are mainly the killing by parents of children (incapacitated disabled since childhood, aged 18 years and older) with intellectual-mnemonic disorders, due to the inability to care for them, associated with the incurable disease of the guardian and its progression.

Keywords: Mercy killing, suicides, poisoning with psychotropic drugs, Russian Federation

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: 10.08.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 01.10.2022.

Для цитирования: Голенков А.В. Самоубийства после убийств из сострадания. *Суицидология*. 2022; 13 (4): 27-37. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-27-37

Forcitation: Golenkov A.V. Suicides after Mercy killing. *Suicidology*. 2022; 13 (4): 27-37. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-27-37 (In Russ / Engl)

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ОПАСНЫМ ПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

*К.В. Полкова, А.В. Меринов, Е.В. Комаров, А.Е. Старостенко,
Е.В. Леонов, Н.Л. Меринов, А.О. Буршинов*

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

ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер», г. Рязань, Россия

ГУЗ МО «Одинцовский наркологический диспансер», г. Одинцово, Россия

SUICIDAL CHARACTERISTICS OF YOUNG WOMEN WITH HAZARDOUS ALCOHOL CONSUMPTION

*K.V. Polkova, A.V. Merinov, A.E. Starostenko,
E.V. Komarov, Y.V. Leonov,
N.L. Merinov, A.O. Burshinov*

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
Regional Clinical Narcological Dispensary, Ryazan, Russia
Odintsovo narcological dispensary, Odintsovo, Russia

Сведения об авторах:

Полкова Ксения Владимировна – аспирант (SPIN-код: 1149-3624; ResearcherID: W-4794-2019; ORCID iD: 0000-0002-4292-6544). Место учёбы: аспирант кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (915) 590-65-41, электронный адрес: polkovaksu@gmail.com

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Комаров Евгений Викторович – студент (ResearcherID: HGA-7645-2022; ORCID iD: 0000-0002-9480-0396). Место учёбы: студент ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Электронный адрес: comarow.evgen@mail.ru

Старостенко Александр Евгеньевич – студент (ResearcherID: E-9576-2022; ORCID iD: 0000-0002-4770-5564). Место учёбы: студент ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Электронный адрес: starostenko.alex@mail.ru

Леонов Егор Владимирович (SPIN-код: 8297-1263; ResearcherID: AAR-1586-2021; ORCID iD: 0000-0003-4624-5815). Место работы и должность: врач-нарколог ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер». Адрес: г. Рязань, ул. Скорбященский пр-д, 8. Электронный адрес: leonov.psychiatry@gmail.com

Меринов Николай Львович – врач-нарколог (SPIN-код: 3148-7219; Researcher ID: X-3710-2019; ORCID iD: 0000-0003-3221-6693). Место работы и должность: заведующий амбулаторным отделением ГУЗ МО «Одинцовский наркологический диспансер». Адрес: Россия, Московская область, г. Одинцово, ул. Можайское шоссе, 55. Телефон: +7 (915) 435-55-07, электронный адрес: nikmerinov@gmail.com

Буршинов Александр Олегович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 8792-9686; ORCID iD: 0000-0002-6951-0290). Место работы и должность: профессор кафедры неврологии и нейрохирургии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Электронный адрес: baomz@mail.ru

Information about the authors:

Polkova Xenia Vladimirovna (SPIN-code: 1149-3624; Researcher ID: W-4794-2019; ORCID iD: 0000-0002-4292-6544). Place of study: Graduate student of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: 9 Visokovolttnaya str., Ryazan, 390026, Russia. Phone: +7 (915) 590-65-41, email: polkovaksu@gmail.com

Merinov Alexey Vladimirovich – MD, PhD, Associate Professor (SPIN-code: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Place of work and position: Professor of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: 9 Visokovolttnaya str., Ryazan, 390026, Russia. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

Komarov Evgenii Victorovich – student (Researcher ID: E-9576-2022; ORCID iD: 0000-0002-4770-5564). Place of study: student of Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov. Address: 9 Visokovolttnaya str., Ryazan, 390026, Russia. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: comarow.evgen@mail.ru

Starostenko Aleksandr Evgenievich – student (Researcher ID: E-9576-2022; ORCID iD: 0000-0002-4770-5564). Place of study: student of Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov. Address: 9 Visokovolttnaya str., Ryazan, 390026, Russia. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: starostenko.alex@mail.ru

Leonov Yegor Vladimirovich (SPIN-code: 8297-1263; ResearcherID: AAR-1586-2021; ORCID iD: 0000-0003-4624-5815). Place of work and position: addiction psychiatrist at State Institution of the Ryazan region «Regional Clinical Narcological Dispensary». Address: 8 Skorbyatshenskiy str., Ryazan, Russia. Email: leonov.psychiatry@gmail.com

Merinov Nikolai Lvovich (SPIN-code: 3148-7219; ResearcherID: X-3710-2019; ORCID iD: 0000-0003-3221-6693). Place of work and position: Head of the Department of Odintsovo narcological dispensary. Address: 55 Mozhayskoye highway, Moscow region, Odintsovo, Russia. Phone: +7 (915) 435-55-07, email: nikmerinov@gmail.com

Burshinov Alexandr Olegovitch – MD, PhD, Associate Professor (SPIN-code: 8792-9686; ORCID iD: 000-0002-6951-0290). Place of work and position: Professor of the Department of Neurology and Neurosurgery Ryazan State Medical University. Address: 9 Visokovoltynaya str., Ryazan, 390026, Russia. Email: baomz@mail.ru

Проблема злоупотребления алкоголем актуальна вне зависимости от гендерной принадлежности, однако женщины более подвержены стигматизации и осуждению обществом. Тема алкогольных проблем среди них, по-прежнему, остаётся неудобной и менее изученной. Основная часть публикаций по данной теме касается алкогольной зависимости у женщин, которая зачастую характеризуется большей прогрессивностью и более «злокачественным» течением. Учитывая факт прямой связи между количеством употребляемого алкоголя на душу населения и уровня суицидов на определённой территории, изученной рядом исследователей, не сложно понять, что среди этой общей доли употребляющих алкоголь есть и донозологически злоупотребляющие, в том числе имеющие так называемое «опасное потребление алкоголя» (новая рубрика в МКБ-11). Они также составляют значительную долю среди покончивших с собой и представляют особый интерес в плане изучения их как потенциальной группы суицидального риска. Статья посвящена изучению аутоагрессивных особенностей в группе молодых женщин, имеющих паттерн опасного потребления алкоголя. *Цель исследования:* изучение связи опасного потребления алкоголя у молодых женщин с их аутоагрессивными характеристиками. *Материалы и методы.* В исследовании приняли участие 435 женщин в возрасте от 20 до 27 лет, обучающиеся в ВУЗе (86 человек с опасным потреблением алкоголя и 349 – без). Основным инструментом диагностирования опасного потребления алкоголя являлся адаптированный для России тест RUS-AUDIT. В исследуемую группу вошли лица, употребляющие алкоголь в среднем более двух стандартных доз алкоголя в сутки и/или более шести за неделю, которые набрали 5-9 баллов по тесту RUS-AUDIT. В группу контроля вошли молодые женщины, набравшие 0-4 балла по тесту RUS-AUDIT, употребляющие алкоголь в среднем менее указанных выше доз в сутки и неделю. Математическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS. *Результаты и обсуждение.* По классическим аутоагрессивным паттернам среди изучаемых групп не было обнаружено статистически значимых отличий (только количественное преобладание в исследуемой группе). Девушки с опасным потреблением алкоголя чаще наносили самоповреждения, особенно в последние два года (более чем в 2,5 раза). Среди исследуемой группы обнаружилось преобладание в последние два года несистематического потребления наркотических веществ (разница более чем в 3 раза). Субъективно злоупотребляющими алкоголем в последние два года себя признали лишь 5,81% из исследуемой группы, что можно рассматривать как защитную модель нормализации, либо механизм включившегося алкогольного отрицания. 68,05% девушек с опасным потреблением алкоголя хотели обратиться к психиатру или психотерапевту, в том числе по поводу «комплексов», что отражается в более часто распространённом у них стыде собственного тела в последние два года (72,09% против 54,15%), а также ощущении наличия физического недостатка (25,58%). Преобладающими защитными психологическими механизмами в исследуемой группе оказались регрессия (что согласуется с выявленной в исследовании повышенной аффективностью) и компенсация. *Выводы.* Молодые женщины с опасным потреблением алкоголя не продемонстрировали статистически значимых отличий по наличию суицидальных мыслей и попыток, что можно связать с молодым возрастом респонденток, не исключая роста показателей со временем. Влияние опасного потребления алкоголя на суицидологические характеристики, вероятно, имеет гендерные различия, нуждающиеся в конкретизации. Введение новой рубрики в МКБ-11 «опасное потребление алкоголя» даст возможность разработки профилактических мер в отношении возможных суицидологических и наркологических последствий данного паттерна.

Ключевые слова: опасное потребление алкоголя, суицидальная попытка, аутоагрессия, суицидология, донозологическая, бытовое пьянство

Проблема злоупотребления алкоголем остаётся актуальной на сегодняшний день, независимо от гендерной принадлежности. Однако злоупотребление алкоголем мужчинами оценивается обществом

The problem of alcohol abuse remains relevant today, regardless of gender. However, alcohol abuse by men is assessed by society somewhat “softer”, as something “relatively acceptable”, “ordinary” [1].

несколько «мягче», как что-то «относительно приемлемое», «обыденное» [1]. И, действительно, при упоминании о человеке, потенциально имеющем некие проблемы с алкоголем, у большинства окружающих визуализируется именно образ мужчины, зачастую средних лет, с характерными «отпечатками» привычки на лице. Употребление алкоголя для снятия накопившегося стресса на учёбе, работе, в результате межличностных конфликтов порой преподносится как своеобразная, допустимая мужская «норма», чего нельзя утверждать в отношении представительниц слабого пола. Чрезмерно выпивающая женщина до сих пор воспринимается как что-то из ряда вон выходящее, не согласующееся с концепцией материнства, женственности и заботы. Обществом не принимается и осуждается такой вариант разрешения имеющихся проблем; женщины более подвержены соответствующей стигматизации [2].

В связи с более низкой распространённостью злоупотребления алкоголем женщинами, и некоторой неудобностью темы, целый ряд вопросов, касающихся этой тематики, остаётся заметно менее изученным. Большинство опубликованных работ по данной теме касается уже сформированной зависимости, где подчёркиваются неблагоприятные черты алкогольной зависимости у женщин: заболевание характеризуется большей прогрессивностью [3] и более тяжёлым, «злокачественным» течением [4]. Помимо общих для обоих полов последствий чрезмерного потребления алкоголя, важно отметить, что в случае женщин оно оказывает негативное влияние на работу репродуктивной системы в целом, а также на течение беременности и состояние вынашиваемого плода [5], что имеет серьёзные медико-социальные последствия. В контексте наркологической суицидологии, давно рассматривающей алкогольную зависимость как вариант «хронического» суицидального поведения [6-8], заметим, что несмотря на то, что женщины в целом реже завершают свою жизнь самоубийством [9], чем мужчины, заметная часть из покончивших с собой страдали алкоголизмом [10]. То есть, сформированная алкогольная зависимость, безусловно, имеет прямое отношение к суицидальному феномену, значительно повышая риски у зависимых без учёта их пола. С другой стороны, целым рядом исследователей подчёркивается значимая и прямая связь между количеством потребляемого алкоголя населением на определённой территории (per capita) и уровнем совершённых суицидов [11, 12].

And, indeed, at the mention of a person who potentially has some problems with alcohol, most of those around him visualize exactly the image of a man, often middle-aged, with characteristic “imprints” of the habit on his face. The use of alcohol to get relieved of accumulated stress at school, work, as a result of interpersonal conflicts is sometimes presented as a kind of acceptable male “norm”, which cannot be related to the tender sex. An excessively drinking woman is still perceived as something out of the ordinary, not consistent with the concept of motherhood, femininity and care. Society does not accept and condemn this option for resolving existing problems; women are more susceptible to the corresponding stigmatization [2].

Due to the lower prevalence of alcohol abuse in women, and some inconvenience of the topic, a number of issues related to this topic remain noticeably less studied. Most of the published works on this topic concern already formed addiction, which emphasize the unfavorable features of alcohol addiction in women: the disease is characterized by greater progression [3] and a more severe, “malignant” course [4]. In addition to the consequences of excessive alcohol consumption common to both sexes, it is important to note that in the case of women, it has a negative impact on the functioning of the reproductive system as a whole, as well as on the course of pregnancy and the condition of the fetus [5], which has serious medical and social consequences. In the context of narcological suicidology, which has long considered alcohol addiction as a variant of “chronic” suicidal behavior [6-8], we note that despite the fact that women in general are less likely to commit suicide [9] than men, a significant part of those who have committed suicide suffered from alcoholism [10]. That is, the formed alcohol addiction, of course, is directly related to the suicidal phenomenon, significantly increasing the risks for addicts, regardless of their gender. On the other hand, a number of researchers emphasize a significant and direct relationship between the amount of alcohol consumed by the population in a certain territory (per capita) and the level of committed suicides [11, 12]. However, the last fact is very often perceived too “straightforward”: everything

Однако последний факт очень часто воспринимается слишком «прямолинейно»: всё логично, много алкоголя на душу населения – больше зависимых от него лиц (а они – и есть основная группа лиц, порождающая суициды в среднем возрасте), значит за их счёт растут показатели. Вот именно в этом «логичном» предположении и кроется некий парадокс: да, больные с зависимостью, действительно, с большой долей вероятности формируют «львиную долю» интересующего нас показателя. Но только ли они? Как на счёт тех, кто уже явно злоупотребляет, но ещё не достиг диагностических рамок зависимости (F10.2)?

Как нами уже указывалось ранее, вполне логичным было бы предположить, что суммарная, алкогольная суицидальная переменная включает в себя не только вклад уже имеющих клинически сформированное расстройство, но и иных активных потребителей спиртных напитков, в своей наркологической траектории ещё не достигших точки безусловной диагностики алкогольной зависимости. Потребляющих спиртное сверх относительно безопасных объёмов, предлагаемых ВОЗ [13], но ещё относящихся к категории донозологически злоупотребляющих. Собственно говоря, данная работа посвящена изучению суицидологической характеристики молодых женщин с опасным уровнем потребления алкоголя, являющихся обширным кластером группы донозологически злоупотребляющих лиц. Для конкретизации и формирования представлений о широте распространённости явления и его социальной значимости, уточним некоторые дефиниции донозологического потребления алкоголя вообще, и индикаторные признаки, в частности, учитывая фрагментарность и малую разработанность данного направления в современной отечественной наркологии. Сразу оговоримся о причинах этой «непопулярности». Дело в том, что это по определению ещё не диагностические единицы, позволяющие «заводить карточки и ставить на учёт», а некие опорные признаки серьёзного риска развития заболевания, подразумевающие возможность пока ещё эффективной профилактической работы [13].

Так что же такое донозологические формы потребления в широком смысле слова? Это ситуация, когда не удовлетворяются критерии диагностики зависимости и пагубного потребления алкоголя, но объём, характер и частота употребления алкогольных напитков явно не укладываются в рамки даже очень относительной «нормы». Несмотря на указан-

is logical, there is a lot of alcohol per capita – more people are addicted to it (and they are the main group of people that commit suicides in middle age), which means that indicators are growing at their expense. It is precisely in this “logical” assumption that a certain paradox lies: yes, patients with addiction, indeed, with a high degree of probability form the “lion’s share” of the indicator of interest to us. But are they the only ones? What about those who are already clearly abusing but have not yet reached the diagnostic limits of addiction (F 10.2)?

As we have already indicated earlier, it would be quite logical to assume that the total, alcohol suicidal variable includes not only the contribution of those who already have a clinically formed disorder, but also other active drinkers who have not yet reached the point of unconditional diagnosis of alcohol addiction in their drug addiction trajectory. Those who consume alcohol excessively compared to the relatively safe volumes proposed by WHO [13], but who still belong to the category of prenosological abusers. As a matter of fact, this work is devoted to the study of the suicidological characteristics of young women with a dangerous level of alcohol consumption, which is an extensive cluster of prenosologically abusing individuals. To concretize and form ideas about the breadth of the prevalence of the phenomenon and its social significance, we will clarify some definitions of prenosological alcohol consumption in general, and indicator signs, in particular, given the fragmentation and low development of this direction in modern domestic narcology. Let’s make a reservation about the reasons for this “unpopularity” right away. The fact is that by definition, these are not yet diagnostic units that allow “creating cards and registering”, but some basic signs of a serious risk of developing the disease, implying the possibility of still effective preventive work [13].

So what are prenosological forms of consumption in the broad sense of the word? This is a situation where the criteria for diagnosing addiction and harmful alcohol consumption are not met, but the volume, nature and frequency of alcohol consumption clearly do not fit into the framework of even a very relative “norm”. Despite the indicated “unpopularity” of this

ную «непопулярность» данной темы в нашей практической наркологию, она неоднократно привлекала внимание отечественных учёных [14-17], которые рассматривали в этой связи большую группу лиц от абстинентов до «привычно пьющих» (но не имеющих сформированной алкогольной зависимости). Говоря же про формы уже злоупотребления, в нашей стране ранее зачастую использовались немного размытые дефиниции, такие как: «привычное пьянство», «систематическое пьянство» и «бытовое пьянство» [14].

Совершенно очевидно, что обобщённая группа донозологически потребляющих (и даже злоупотребляющих) обладает различным риском развития аутоагрессивного поведения, как, впрочем, и вероятностью формирования алкогольной зависимости. В этой связи в мировом наркологическом сообществе сделаны конкретные шаги, наконец-то, позволяющей устанавливать наличие опасного потребления алкоголя – hazardous alcohol use. Обращаясь к словарю «Lexicon of alcohol and drug terms», hazardous use (опасное потребление) описывается как модель употребления психоактивных веществ, которая повышает риск вредных последствий – для физического и психического здоровья, а в некоторых случаях – последствий социальных [18]. В МКБ-11 опасное потребление алкоголя (hazardous alcohol use) будет впервые введено как самостоятельная диагностическая единица, при которой значительно увеличивается риск вредных последствий для физического или психического здоровья, что приводит к необходимости консультирования медицинскими работниками [19]. В широком смысле данная рубрика подразумевает чрезмерную частоту и количество употребляемых алкогольных напитков, рискованное поведение и неадекватный контекст употребления, причём воздействие алкоголя может быть, как кратковременным, так и долгосрочным. И это, безусловно, положительным образом скажется в плоскости суицидологической службы, поскольку среди лиц, попадающих в её поле зрения, значительное количество тех, чьи аутоагрессивные паттерны напрямую связаны с описанными выше стилями потребления спиртных напитков.

В 2001 году был представлен тест AUDIT, разработанный для выявления чрезмерного употребления алкоголя и определения групп риска, которым необходимо сократить или вовсе исключить из своей жизни употребление алкогольных напитков. Здесь впервые появилась диагностическая зона опасного

topic in our practical narcology, it has repeatedly attracted attention of domestic scientists [14-17], who considered in this regard a large group of people from abstinent to “habitual drinkers” (but not having formed alcohol addiction). Speaking about the forms of abuse, in our country, slightly vague definitions were often used earlier, such as: “habitual drunkenness”, “systematic drunkenness” and “domestic drunkenness” [14].

It is quite obvious that the generalized group of prenosologically consuming (and even abusing) has a different risk of developing auto-aggressive behavior, as well as the likelihood of developing alcohol addiction. In this regard, concrete steps have been taken in the global narcological community, finally, allowing to establish the presence of hazardous alcohol consumption – hazardous alcohol use. Turning to "the Lexicon of alcohol and drug terms", hazardous use (hazardous consumption) is described as a pattern of substance use that increases the risk of harmful effects – for physical and mental health, and in some cases it has social consequences [18]. In ICD-11 hazardous alcohol consumption will be introduced for the first time as an independent diagnostic unit, which significantly increases the risk of harmful consequences for physical or mental health, which leads to the need for consultation by medical professionals [19]. In a broad sense, this rubric includes excessive frequency and quantity of alcohol consumption, risky behavior and inappropriate context of use, and the impact of alcohol can be both short-term and long-term. And this, of course, will have a positive impact on the plane of the suicidological service, since among the people who fall into its field of vision, there are a significant number of those whose auto-aggressive patterns are directly related to the styles of drinking alcohol described above.

In 2001, the AUDIT was introduced, designed to detect excessive alcohol consumption and identify risk groups who need to reduce or completely eliminate the use of alcoholic beverages from their lives. Here, for the first time, a diagnostic zone of dangerous or harmful alcohol consumption appeared (8-15 points). In 2021, under the direction of WHO, the RUS-AUDIT test,

или вредного потребления алкоголя (8-15 баллов). В 2021 году под руководством ВОЗ появляется адаптированный и валидизированный для Российской Федерации тест RUS-AUDIT [13], который представляет собой инструмент для скрининга людей, имеющих потенциальные проблемы с алкоголем различного уровня. Самым любопытным моментом адаптации стали изменения пороговых значений «опасного потребления»: так уровень такового для мужчин стал соответствовать 9-13 баллам, а для наших соотечественниц – 5-9 баллам. То есть, значительно была снижена граница именно для женщин, что наталкивает на размышления, подчеркивающие определённо бóльшую их уязвимость, и вероятностный, более ранний «старт» в зависимость [20]. Выбранная в нашем исследовании женская группа – студентки высших учебных заведений, к сожалению, являются срезом общей популяции, довольно склонным к частому (а зачастую – чрезмерному) потреблению алкоголя, что подтверждается многочисленными исследованиями [21, 22]. Поэтому их выбор совершенно не случаен, поскольку подразумевал вероятную достаточно высокую частоту детекции донозологических форм злоупотребления, укладывающихся в критерии опасного потребления, согласно критериям RUS-AUDIT и клинической оценки. Ещё одним аргументом выбора этой возрастной группы послужила частота распространённости самоубийств среди лиц женского пола именно в диапазоне 15-29 лет [23], занимающих здесь четвёртое место среди всех причин гибели (2019 год).

Таким образом, учитывая малую изученность в нашей стране феномена опасного потребления алкоголя в контексте его вероятной связи с аутоагрессивным поведением, в нашем исследовании впервые предпринята попытка детального изучения суицидологической характеристики молодых женщин, имеющих опасное потребление алкоголя.

Целью данного исследования является изучение связи опасного потребления алкоголя у молодых женщин с их аутоагрессивными характеристиками.

Задачи: сравнение суицидологического «профиля» молодых женщин, имеющих и не имеющих опасное потребление алкоголя, обоснование необходимости создания возможных профилактических мер для данной группы лиц.

Материалы и методы.

В исследовании приняли участие 435 женщин в возрасте от 20 до 27 лет: из них в исследуемую груп-

adapted and validated for the Russian Federation, appears [13], which is a tool for screening people with potential problems with alcohol at various levels. The most curious moment of adaptation was the change in the threshold values of "dangerous consumption": the level of such for men began to correspond to 9-13 points, and for women it stays at 5-9 points. That is, the limit was significantly reduced specifically for women, which prompts reflections emphasizing their definitely greater vulnerability, and a probable, earlier "start" into addiction [20]. The female group selected in our study – university students – unfortunately, is a cross section of the general population, quite prone to frequent (and often excessive) alcohol consumption, which is confirmed by numerous studies [21, 22]. Therefore, their choice is not at all accidental, since it implied a likely rather high frequency of detection of prenosological forms of abuse that fit the criteria for hazardous consumption, according to the RUS-AUDIT criteria and clinical assessment. Another argument for choosing this age group was the prevalence of suicide among females in the range of 15–29 years [23], which ranks fourth among all causes of death (2019).

Thus, given the low level of knowledge of the phenomenon of dangerous alcohol consumption in our country in the context of its possible connection with auto-aggressive behavior, in our study, for the first time, an attempt was made to study in detail the suicidological characteristics of young women with dangerous alcohol consumption.

The aim of this study is to investigate the association of hazardous alcohol consumption in young women with their auto-aggressive characteristics.

Tasks: comparison of the suicidological "profile" of young women with and without hazardous alcohol consumption, substantiation of the need to create possible preventive measures for this group of people.

Materials and methods.

The study involved 435 women aged 20 to 27: of these, the study group included 86 people with diagnosed hazardous alcohol consumption, the control group included 349 women who did not have it. The

пу вошли 86 человек с опасным потреблением алкоголя, в контрольную – 349 женщин, такового не имеющие. В качестве основного инструмента диагностирования опасного потребления алкоголя был использован адаптированный для Российской Федерации тест RUS-AUDIT [13], который рекомендуется для выявления исследуемых алкогольных проблем.

Критериями включения в исследуемую группу являлись следующие: факт употребления алкоголя; 5-9 баллов, набранных по тесту RUS-AUDIT; употребление алкоголя в среднем более двух стандартных доз алкоголя (СДА) в сутки и/или более шести СДА за неделю; возраст от 20 до 27 лет, обучение в высшем учебном заведении на момент проведения исследования. В группу контроля вошли молодые женщины того же возрастного диапазона с аналогичными социально-демографическими параметрами, употребляющие алкоголь ниже пороговых значений по ВОЗ и набравшие по тесту RUS-AUDIT 0-4 баллов.

Критериями исключения для исследования являлись: отсутствие факта потребления алкоголя; признаки сформированной алкогольной зависимости или пагубного потребления алкоголя, согласно Международной классификации болезней 10 и 11 пересмотра; 10 и более баллов, набранных по тесту RUS-AUDIT; наличие серьезных психических и/или сформированных иных наркологических расстройств на момент проведения исследования, способных существенным образом повлиять на суицидологические переменные.

Клинические и прогностические паттерны, имеющие суицидологическую значимость были оценены посредством опросника, направленного на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем [24], который заполнялся совместно с врачом после проведения клинического интервью, направленного на исключение психических и/или наркологических расстройств, и заполнения теста RUS-AUDIT.

Для изучения суицидального риска и клинико-психологических характеристик групп также были использованы следующие опросники: опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой [25], опросник детских травмирующих переживаний (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ) [26], тест диагностики психологических защитных механизмов» (Life Style Index) [27].

RUS-AUDIT test adapted for the Russian Federation [13] was used as the main tool for diagnosing hazardous alcohol consumption, which is recommended for identifying the alcohol problems under study.

The inclusion criteria in the study group were the following: the fact of alcohol consumption; 5-9 points scored on the RUS-AUDIT test; drinking an average of more than two standard drinks of alcohol (SDA) per day and/or more than six SDA per week; being age from 20 to 27, education in a higher educational institution at the time of the study. The control group included young women of the same age range with similar socio-demographic parameters, drinking alcohol below the WHO thresholds and scoring 0-4 points on the RUS-AUDIT test.

The exclusion criteria for the study were: the absence of the fact of alcohol consumption; signs of formed alcohol addiction or harmful alcohol consumption, according to the International Classification of Diseases 10 and 11 revisions; 10 or more points scored on the RUS-AUDIT test; the presence of serious mental and/or formed other drug disorders at the time of the study, which can significantly affect suicidal variables.

Clinical and prognostic patterns of suicidal significance were assessed using a questionnaire aimed at identifying auto-aggressive patterns in the past and present [24], which was completed jointly with a physician after conducting a clinical interview aimed at ruling out mental and/or drug disorders and completing the RUS-AUDIT test.

To study the suicidal risk and clinical and psychological characteristics of the groups, the following questionnaires were also used: the suicidal risk questionnaire modified by Razuvaeva [25], the questionnaire of childhood traumatic experiences (Childhood Trauma Questionnaire – CTQ) [26], a test for the diagnosis of psychological defense mechanisms "(Life style index) [27].

Statistical analysis and data processing was carried out using non-parametric statistical methods using the χ^2 test and the Mann-Whitney test. Non-parametric variables are presented as n (%) (the absolute number of features in the group and its per-

Статистический анализ и обработка данных проводился с помощью непараметрических методов статистики с использованием критерия χ^2 и критерия Манна-Уитни. Непараметрические переменные представлены в виде n (%) (абсолютное количество признаков в группе и его процентное отношение к общему количеству членов группы). Для описания тесноты связи между явлениями использовалось отношение шансов (ОШ), также для наглядности указаны границы доверительного интервала (ДИ) для отношения шансов в виде нижней (НГДИ) и верхней (ВГДИ) границ.

Математическая обработка данных проведена с помощью программы SPSS.

Результаты и их обсуждение.

Результаты сравнения представленности суицидальных паттернов в исследуемой и контрольной группах, представлены в таблице 1. Из неё следует, что по большинству рассматриваемых показателей группы молодых женщин не имеют каких-либо отличий, достигающих статистической значимости (уровня $p > 0,05$).

centage to the total number of group members). To describe the closeness of the relationship between the phenomena, the odds ratio (OR) was used; also, for clarity, the boundaries of the confidence interval (CI) for the odds ratio were indicated in the form of lower (LBCI) and upper (UBCI) boundaries. Mathematical data processing was carried out using the SPSS program.

Results and its discussion.

The results of comparing the representation of suicidal patterns in the study and control groups are presented in Table 1. It follows from it that for most of the considered indicators, the groups of young women do not have any differences reaching statistical significance (p level > 0.05). Even in the case of suicidal thoughts in the last 2 years ($p = 0.0485$), a unit entered the boundaries of the confidence interval, which calls into question the significance in the comparison pair under consideration. Let us only note the fact of the predominance of values in the group under study.

Таблица / Table 1

Представленность суицидальных аутоагрессивных паттернов поведения у молодых женщин с опасным употреблением алкоголя / Representation of suicidal auto-aggressive behavior patterns in young women with hazardous alcohol consumption

Критерий Criterion	Исследуемая группа Experimental group, n=86		Контрольная группа Control group, n=349		χ^2	P	ОШ OR	ДИ CI	
	n	%	n	%				НГДИ LBCI	ВГДИ UBCI
Суицидальная попытка в последние два года Suicide attempt in the last two years	4	4,65	6	1,72	2,64	0,1042	2,789	0,769	10,109
Суицидальная попытка в анамнезе вообще History of suicide attempts in general	9	10,47	20	5,73	2,49	0,1149	1,923	0,843	4,387
Суицидальные мысли в последние два года Suicide ideation in the last two years	26	30,23	71	20,34	3,89	0,0485	1,697	1,0	2,879
Суицидальные мысли в анамнезе вообще History of suicide ideation in general	43	50	145	41,55	2,01	0,1564	1,407	0,876	2,258

Таблица / Table 2

Представленность суицидальных аутоагрессивных паттернов у молодых мужчин с опасным потреблением алкоголя

Representation of suicidal auto-aggressive patterns in young men with hazardous alcohol consumption

Критерий Criterion	Юноши с опасным потреблением алкоголя Experimental group, n=56		Юноши без опасного потребления алкоголя Control group, n=400		χ^2	P	ОШ OR	ДИ CI	
	n	%	n	%				НГДИ LBCI	ВГДИ UBCI
Суицидальная попытка в последние два года Suicide attempt in the last two years	6	10,71	4	1,0	21,61	0,0000	11,880	3,241	43,544
Суицидальная попытка в анамнезе вообще History of suicide attempts in general	10	17,86	14	3,5	20,31	0,0000	5,994	2,518	14,267
Суицидальные мысли в последние два года Suicide ideation in the last two years	22	39,29	46	11,5	29,89	0,0000	4,980	2,684	9,238
Суицидальные мысли в анамнезе вообще History of suicide ideation in general	34	60,71	110	27,5	25,08	0,0000	4,074	2,282	7,273

Даже в случае суицидальных мыслей в последние 2 года ($p=0,0485$), в границы доверительного интервала вошла единица, что ставит под сомнение значимость в рассматриваемой паре сравнения. Отметим лишь факт преобладание значений в изучаемой группе.

Обнаруженное отсутствие значимой связи между опасным потреблением алкоголя и частотой выявления суицидальных попыток и мыслей у девушек молодого возраста было в некоторой степени неожиданным, поскольку в первом нашем сообщении [28], касающемся аналогичных значений у молодых людей с опасным потреблением алкоголя, были обнаружены весьма настораживающие, статистически значимые отличия. Для наглядности, приведём аналогичную таблицу, описывающую обнаруженные отличия в аналогичной мужской группе (табл. 2).

Хорошо видно, что в мужской выборке соответствующие показатели различаются в несколько раз, делая тем самым, именно группу лиц мужского пола с опасными паттернами потребления алкоголя гораздо более неблагоприятной в плане представленности классических форм аутоагрессивного поведения и

The found lack of a significant association between hazardous alcohol consumption and the frequency of detection of suicidal attempts and thoughts in young girls was somewhat unexpected, since our first report [28] on similar values in young people with hazardous alcohol consumption, found very alarming, statistically significant differences. For clarity, let's present a similar table describing the differences found in a similar male group (Table 2).

It is clearly seen that in the male sample, the corresponding indicators differ several times, thus making the group of males with dangerous patterns of alcohol consumption much more unfavorable in terms of the representation of classical forms of auto-aggressive behavior and possible risks of recurring suicidal attempts. By the way, their indicators were practically comparable with those of men suffering from alcohol addiction, the trend we do not observe at all in the female subgroups [29]. So far, it is difficult to unequivocally judge the nature of the discovered gender "bias", the origin of the much

возможных рисков повторения суицидальных попыток. Кстати, их показатели практически были сопоставимы с таковыми, у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, каковой тенденции мы совершенно не наблюдаем в женских подгруппах [29]. Пока сложно однозначно судить о природе обнаруженного гендерного «перекоса», о происхождении куда более неблагоприятного влияния изучаемых донологических форм потребления алкоголя на аутоагрессивный портрет и дальнейшую антивитаальную траекторию исследованных молодых людей. Причин может быть несколько. Выскажем некоторые наши предположения, безусловно, нуждающиеся в дальнейшем уточнении и конкретизации. Если предположить усреднённо равный «темп» и зафиксированную точку развития движения к сформированной алкогольной зависимости в обеих гендерных группах (а они методологически формировались аналогичным образом), как равные, то судя по сходству суицидологических показателей в мужских группах (с опасным потреблением и сформированной зависимостью) и отсутствию такового в женских (с опасным потреблением и сформированной зависимостью), можно сделать вывод о меньшем родстве обозначенных женских групп в отношении суицидологических показателей. Это косвенно позволяет предположить и большее их отличие в наркологическом смысле. То есть, молодые люди по изучаемым показателям вплотную приблизились к «хрестоматийно» неблагоприятной группе мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, чего пока нельзя утверждать в отношении изучаемой женской группы. Можно ли таким образом предсказать больший риск формирования зависимости в мужской группе? Возможно. Но то, что именно мужская группа обладает крайне значительным суицидальным риском – это безусловно, что предполагает значительное число лиц именно с опасными формами потребления алкоголя среди погибших в результате суицида, как минимум в изучаемой возрастной группе.

Более низкие соответствующие значения в женской группе могут быть так же связаны и с изменёнными границами «опасного потребления» в русской, адаптированной версии RUS-AUDIT (9-13 баллов для мужчин, и 5-9 баллов для женщин), при сходстве стимульного материала в целом, а также и с общепризнанными особенностями употребления алкоголя женщинами (всё же – несколько меньшие дозы, более выраженный стыдный компонент чрезмерных

more unfavorable influence of the studied prenosological forms of alcohol consumption on the auto-aggressive portrait and further anti-vital trajectory of the studied young people. There may be several reasons for that. Let us express some of our assumptions, which, of course, need further clarification and concretization. If we assume an averagely equal "tempo" and a fixed point in the development of movement towards formed alcohol addiction in both gender groups (and they were methodologically formed in a similar way), as equal, then judging by the similarity of suicidological indicators in male groups (with dangerous consumption and formed addiction) and in the absence of such in female groups (with hazardous consumption and formed addiction), we can conclude that the indicated female groups are less related in terms of suicidological indicators. This indirectly suggests a greater difference between them in the narcological sense. That is, according to the studied indicators, young people came close to the "textbook" unfavorable group of men suffering from alcohol addiction, which cannot yet be asserted in relation to the studied female group. Can we therefore predict a greater risk of addiction in the male group? Maybe. But the fact that it is the male group that has an extremely significant suicidal risk is certainly what implies a significant number of people with dangerous forms of alcohol consumption among those who died as a result of suicide, at least in the studied age group.

The lower corresponding values in the female group may also be associated with the changed boundaries of "dangerous consumption" in the Russian, adapted version of RUS-AUDIT (9-13 points for men, and 5-9 points for women), with the similarity of the stimulus material in in general, as well as with the generally recognized characteristics of alcohol consumption by women (slightly lower doses, a more pronounced shameful component of excessive consumption) [1, 30, 31]. Perhaps, if we take comparable values, the differences would be leveled to some extent, however, the test was validated precisely taking into account the clinical component, which considers gender characteristics of the domestic drug situation. In addition, it would be useful to recall

возлияний) [1, 30, 31]. Возможно, если брать сопоставимые значения, отличия в некоторой степени нивелировались бы, однако тест валидизировался именно с учётом клинической составляющей, учитывающей гендерные особенности отечественной наркологической ситуации. Кроме того, нелишним будет вспомнить и данные, приводимые в работе М.О. Вэлком и др. [32], где установлена распространённость употребления алкоголя среди студенток, на 20,7% превышающая таковую у студентов. Однако, разовая, месячная и годовая дозы у девушек были всё же меньше по сравнению со студентами мужского пола.

Мы, согласно полученным данным, будем считать, что феноменологически сопоставимые в отношении наркологической составляющей женская и мужская группа, все же, имеют существенные отличия в отношении присутствия суицидальных попыток и мыслей. Не лишенным смысла является и экспозиционное объяснение обнаруженного феномена: группа опасно потребляющих алкоголь женщин пока просто не достигла выраженности суицидальной активности, и им просто необходимо на это большее время, чем мужчинам.

Стоит так же отметить, что эта находка, вероятно, весьма показательна и в отношении описанного ранее другого «гендерного парадокса» [33], постулирующего выявленную в исследованиях особенность. Она заключалась в большей распространённости завершённых суицидов среди лиц мужского населения и преобладании нефатальных суицидальных попыток у лиц женского пола, что, кстати, с большой долей вероятности сглаживается в результате завершения формирования алкогольной зависимости [34, 35].

Таким образом, оценивая распространённость суицидальных попыток в исследуемой женской группе, можно, тем не менее, заметить их достаточно высокий уровень, пусть и не достигающий статистически значимых границ.

Перейдём к анализу несуицидальных аутоагрессивных паттернов поведения у молодых женщин с опасным употреблением алкоголя. Полученные данные приведены в таблице 3.

Прежде всего, обращает на себя внимание внушительная разница в отношении нанесенных самоповреждений, особенно в последние два года (более чем в 2,5 раза), характеризующие группу опасно потребляющих алкоголь девушек.

the data given in the work of M.O. Welcome et al. [32], where the prevalence of alcohol consumption among female students was found to be 20.7% higher than that among male students. However, single, monthly and annual doses in females were still less compared to males.

We, according to the data obtained, will consider that the female and male groups, which are phenomenologically comparable in terms of the drug component, nevertheless have significant differences in terms of the presence of suicidal attempts and thoughts. The expositional explanation of the discovered phenomenon is also not without meaning: a group of women who drink dangerously alcohol has not yet reached the severity of suicidal activity, and they simply need more time for this than men.

It should also be noted that this finding is probably very indicative of another previously described “gender paradox” [33], which postulates a feature identified in the studies. It consisted in the greater prevalence of completed suicides among the male population and the predominance of non-fatal suicidal attempts in females, which, by the way, is more likely to be smoothed out as a result of the completion of the formation of alcohol addiction [34, 35].

Thus, assessing the prevalence of suicidal attempts in the female group under study, one can nevertheless notice their rather high level, albeit not reaching statistically significant limits.

Let's move on to the analysis of non-suicidal auto-aggressive behavior patterns in young women with hazardous alcohol use. The data obtained are shown in Table 3.

What is, first of all, noteworthy is the impressive difference in self-harm, especially in the last two years (more than 2.5 times), characterizing the group of girls who drink alcohol dangerously. And if the data relating to this indicator in the anamnesis in general, which also reach a statistically significant difference (26.74% and 15.47%), can be interpreted as, in principle, not yet associated with the presence of dangerous alcohol consumption (because they occurred, including, and the age preceding the period of interest to us, which

Таблица / Table 3

Представленность несуицидальных аутоагрессивных паттернов поведения у молодых женщин с опасным потреблением алкоголя / Representation of non-suicidal auto-aggressive behavior patterns in young women with hazardous alcohol consumption

Критерий Criterion	Исследуемая группа Experimental group, n=86		Контрольная группа Control group, n=349		χ^2	P	ОШ OR	ДИ CI	
	n	%	n	%				НГДИ LBCI	ВГДИ UBCI
Самоповреждения в последние два года Self-harm in the last two years	15	17,44	24	6,88	10,89	0,0010	2,861	1,429	5,729
Самоповреждения ранее Earlier self-harm	23	26,74	54	15,47	6,02	0,0142	1,994	1,141	3,487
Несистематическое потребление наркотических веществ в последние два года Non-systematic drug use in the last two years	5	5,81	6	1,72	4,69	0,0303	3,529	1,051	11,849
Несистематическое потребление наркотических веществ вообще в анамнезе History of non-systematic drug use in general	10	11,63	17	4,87	5,41	0,0200	2,570	1,132	5,834
Субъективное ощущение злоупотребления алкоголем в последние два года Subjective feeling of alcohol abuse in the last two years	5	5,81	6	1,72	4,69	0,0303	3,529	1,051	11,849

И если данные, касающиеся данного индикатора в анамнезе вообще, достигающие тоже статистически значимой разницы (26,74% и 15,47%), могут трактоваться, как в принципе ещё не связанные с присутствием именно опасного потребления алкоголя (поскольку пришлось, в том числе, и на возраст предшествующий интересующему нас периоду, совпавшему, в частности, с подростковыми проблемами, переходным возрастом), то выраженные отличия именно в период последних двух лет у многих обследованных совпадал с формированием исследуемых паттернов отношения с алкоголем. Более того, в значительном числе наблюдений умышленные самоповреждения сопутствовали алкогольному опьянению, аффективным перепадам, так или иначе их сопровождающим. Учитывая, что данный феномен в целом более характерен для лиц женского пола [36] как метод «эмоцио-

coincided, in particular, with adolescent problems, transitional age), then the pronounced differences in the last two years in many of the surveyed coincided with the formation of the studied patterns of relationship with alcohol.

Moreover, in a significant number of observations, intentional self-harm was accompanied by alcohol intoxication, affective changes, one way or another accompanying them. Considering that this phenomenon is generally more typical for females [36] as a method of “emotional discharge”, transformation of mental “pain” into physical, self-punishment, we note two points. The first is a clear prevalence of these phenomena in the study group (if the indicators of the control group are conventionally taken as a certain average value). The second is

нальной разрядки», трансформации душевной «боли» в физическую, самонаказания, отметим два момента. Первое – это явное превалирование указанных феноменов в исследуемой группе (если показатели группы контроля условно принять за некое среднее значение). Второе – сходные (и заметно более высокие в сравнении с контрольными группами) значения данных показателей в женской и мужской группах лиц, с опасными паттернами потребления алкоголя (14,29% в последние два года и 28,57% в анамнезе вообще, соответственно в юношеской группе) [28]. Этот заставляет нас пересмотреть сложившиеся гендерные стереотипы на счёт этого феномена именно среди изучаемых нами групп лиц с опасным потреблением алкоголя, сглаживающим привычные гендерные отличия.

Наркологический блок также весьма примечателен. Безусловно, уже само опасное потребление алкоголя может быть изолировано расценено как вариант реализации аутоагрессивных импульсов и фактор, облегчающий возникновение и реализацию подобных устремлений. Несистематическое употребление наркотических веществ вполне логично и уже предсказуемо обнаруживается у опасно потребляющих алкоголь женщин, так как, во-первых, общеизвестным является факт высокой распространённости коморбидности наркологических расстройств, во-вторых, в определённом смысле, подчеркивает некие, антивитальные установки у представительниц группы, поскольку «пробы» наркотических веществ часто сопряжены со значительной вероятностью использования неизвестных препаратов, полученных от малознакомых лиц – зачастую весьма рискованные и непредсказуемые наркотипы.

Весьма показательны данные, касающиеся субъективной оценки себя, как злоупотребляющей алкоголем. Лишь 5,81% из исследуемой группы молодых женщин признали субъективно чрезмерное употребление ими алкоголя в последние два года, при условии того, что согласно тесту RUS-AUDIT, они имеют заметные проблемы с алкоголем, в большинстве случаев, к сожалению, никак не укладывающихся в житейские «рамки» нормативного потребления. Для набора необходимых баллов приходилось положительно ответить на ряд весьма прямолинейных вопросов, касающихся стереотипов потребления алкоголя, которые, вероятно, уже по какой-то причине не расценивались обследованными как серьёзно стигматизирующие (известная защитная модель нормализации: «так же делают все» или уже включившиеся механизмы алкогольного отрицания), что и привело к полученным нами итоговым оценкам.

similar (and noticeably higher in comparison with the control groups) values of these indicators in the female and male groups of persons with dangerous patterns of alcohol consumption (14.29% in the last two years and 28.57% in the anamnesis in general, respectively, in youth). group) [28]. This forces us to reconsider the existing gender stereotypes about this phenomenon among the studied groups of people with hazardous alcohol consumption, smoothing out the usual gender differences.

The drug block is also quite remarkable. Of course, the very dangerous consumption of alcohol can be isolated as a variant of the realization of auto-aggressive impulses and a factor facilitating the emergence and implementation of such aspirations. The non-systematic use of narcotic substances is quite logical and already predictably found in women who drink alcohol dangerously, since, firstly, the fact of the high prevalence of comorbidity of narcological disorders is well known, and secondly, in a certain sense, it emphasizes certain antivital attitudes among the representatives of the group, since "testing" drugs often involves a significant likelihood of using unknown drugs from strangers – often very risky and unpredictable drug types.

The data concerning the subjective assessment of oneself as abusing alcohol are very indicative. Only 5.81% of the studied group of young women admitted subjectively excessive alcohol consumption in the last two years, provided that according to the RUS-AUDIT test, they have noticeable problems with alcohol, in most cases, unfortunately, do not fit into everyday "framework" of normative consumption. To gain the required scores, it was necessary to answer positively a number of very straightforward questions regarding stereotypes of alcohol consumption, which, probably, for some reason, were not already regarded by the surveyed as seriously stigmatizing (the well-known defensive model of normalization: "everyone does the same" or alcohol denial), which led to our final scores. However, when asked directly in the diagnostic conversation: do you consider yourself a person who abuses alcohol, in 94% of cases the answer was categorically negative. In our opinion, this is a very alarming and disturbing moment of depreciation of the real

Таблица / Table 4

Представленность предикторов аутоагрессивного поведения у молодых женщин с опасным потреблением алкоголя

Representation of predictors of auto-aggressive behavior in young women with hazardous alcohol consumption

Критерий Criterion	Исследуемая группа Experimental group, n=86		Контрольная группа Control group, n=349		χ^2	P	ОШ OR	ДИ CI	
	n	%	n	%				НГДИ LB CI	ВГДИ UB CI
Желание обратиться к психиатру / психотерапевту Desire to see a psychiatrist/psychotherapist	49	68,05	153	43,84	14,02	0,0002	2,729	1,593	4,677
Стыд тела в последние два года Body shame in the past two years	62	72,09	189	54,15	9,1	0,0026	2,187	1,305	3,664
Ощущение наличия физического недостатка Feeling of having physical handicap	22	25,58	57	16,33	3,97	0,0463	1,761	1,004	3,087
Физические наказания в детстве Physical punishment in childhood	19	22,09	35	10,03	9,24	0,0024	2,544	1,372	4,718

Однако вопрос в диагностической беседе «в лоб»: считаете ли вы себя человеком, злоупотребляющим алкоголем, в 94% ответов был категорически отрицательным. На наш взгляд, это весьма настораживающий и тревожный момент обесценивания реального положения дел, способствующий дальнейшему прогрессированию алкоголизации и формированию алкогольной болезни.

Обобщая полученные данные, отметим присутствие в изучаемой группе ряда несуицидальных аутоагрессивных паттернов, статистически значимо отличающую её от контрольной группы, что в свою очередь указывает на существенное влияние на рассматриваемые показатели сформированных паттернов опасного потребления алкоголя. Заметим, что количество обнаруженных отличий, достигающих статистической значимости, в исследуемой женской группе в три раза меньше, нежели в аналогичной серии сравнений у молодых мужчин с опасным потреблением алкоголя [28].

Рассмотрим теперь представленность предикторов аутоагрессивного поведения у молодых женщин с опасным потреблением алкоголя (табл. 4).

state of affairs, contributing to the further progression of alcoholization and the formation of an alcoholic disease.

Summarizing the data obtained, we note the presence in the study group of a number of non-suicidal autoaggressive patterns, which statistically significantly distinguishes it from the control group, which in turn indicates a significant impact on the parameters under consideration of the formed patterns of dangerous alcohol consumption. Note that the number of detected differences reaching statistical significance in the studied female group is three times less than in a similar series of comparisons in young men with hazardous alcohol consumption [28].

Let us now consider the representation of predictors of autoaggressive behavior in young women with hazardous alcohol consumption (Table 4).

Comparative analysis showed a small number of statistically significant differences between groups. In both groups, there is a fairly high percentage of respondents

Таблица / Table 5

Статистически значимые результаты, полученные при оценке использованных в исследовании тестов и опросников, характеризующие группу молодых женщин, имеющих опасное потребление алкоголя
 Statistically significant results obtained in the evaluation of the tests and questionnaires used in the study, characterizing a group of young women with hazardous alcohol consumption

Шкала	Исследуемая группа Experimental group, n=86, M±m	Контрольная группа Control group, n=349, M±m	U эксп.	P
Опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой Suicidal risk questionnaire modified by T.N. Razuvaeva				
Аффективность Affectivity	3,210±1,739	2,663±1,834	12379,0	0,0119
Childhood Trauma Questionare (CTQ)				
Эмоциональное насилие Emotional abuse	9,419±4,291	8,633±4,135	12750,0	0,0307
Преобладающие психологические защитные механизмы по опроснику «Индекс жизненного стиля» Predominant psychological defense mechanisms according to the questionnaire "Life Style Index"				
Регрессия Regression	7,814±3,074	6,825±3,122	12162,50	0,0065
Компенсация Compensation	4,802±1,693	4,178±1,963	12152,0	0,0063

Сравнительный анализ продемонстрировал незначительное количество статистически значимых отличий между группами. В обеих группах наблюдается достаточно высокий процент респонденток, которые хотели бы потенциально обсудить свои проблемы с психиатром или психотерапевтом, но всё же их количество среди представительниц исследуемой группы заметно выше. Хочется надеется, что данный факт может указывать на осознание наличие неких проблем, являющихся в той или иной мере причиной или следствием сформированных паттернов потребления алкоголя. В то же время, по числу фактически обратившихся за подобной помощью группы не различаются. В любом случае, данный показатель отражает наличие в разной степени осознаваемых проблем, что целесообразно использовать при планировании профилактических мероприятий.

Изучая причины обращения к психиатру в исследуемой группе, можно выделить следующее наиболее распространённые: «внутреннее напряжение», тревога, депрессивные состояния, «пустота внутри», перепады в настроении, «неуверенность», «комплексы». Интересно, что среди перечисленных причин отмечаются депрессивные состояния, что не очень согласуется с отсутствием статистически значимых различий между группами в отношении эпи-

who would like to potentially discuss their problems with a psychiatrist or psychotherapist, but still their number among the representatives of the study group is noticeably higher. We would like to hope that this fact may indicate the awareness of the presence of certain problems that are, to one degree or another, the cause or consequence of the formed patterns of alcohol consumption. At the same time, the groups do not differ in the number of those who actually applied for such assistance. In any case, this indicator reflects the presence of problems that are perceived to varying degrees, which is advisable to use when planning preventive measures.

Studying the reasons for visiting a psychiatrist in the study group, the following most common ones can be distinguished: “internal tension”, anxiety, depressive states, “emptiness inside”, mood swings, “uncertainty”, “complexes”. Interestingly, depressive states are noted among the listed causes, which is not very consistent with the lack of statistically significant differences between groups in terms of episodes of depressed mood. Almost three-quarters of the group of dangerous drinkers of the respond-

зодов сниженного настроения. Почти три четверти из группы опасно потребляющих алкоголь респонденток признались в присутствии отчётливых переживаний стыда своего тела в последние пару лет и периодических переживаниях чувства присутствия некоего физического недостатка, что формирует «почву» для развития общей неудовлетворённости собой, тревоги и нахождении аномальных способов решения этих проблем, в том числе посредством чрезмерного потребления алкоголя, нанесения самоповреждений.

Факт большей распространённости физических наказаний в детстве родителями в исследуемой группе (22,09%) дополняет общую картину представления о формировании группы опасно потребляющих. Опять же, отметим, что в подобной серии сравнений у молодых мужчин с опасным потреблением алкоголя [28] количество статистически значимых отличий заметно больше, что говорит в пользу несколько меньшей значимости рассматриваемой наркологической переменной у представительниц женского пола данной возрастной группы.

В заключении работы, обсудим ряд обнаруженных в исследуемой группе личностно - психологических особенностей молодых женщин, имеющих опасное потребление алкоголя и результатов опросников, использованных в исследовании (таблица 5).

Сразу оговоримся, что число обнаруженных отличий, статистически значимо отличающих исследуемую и контрольную группы, в целом, не столь значительно. В отношении опросника суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой [25] были выявлены отличия только по шкале аффективности, подразумевающие возможность чрезмерных реакций на психотравмирующую ситуацию, с «блокированием» рациональности, что в случае исследуемой нами группы потенциально способно приводить к необдуманным, импульсивным, аффективно индуцированным мыслям и поступкам (например, в виде нанесения самоповреждений, суицидальных идеаций и попыток). По данным опросника детских травмирующих переживаний (СТQ) [26], исследуемая группа обнаруживала единственное статистически значимое отличие: исследуемые чаще подвергались в детстве различным видам эмоционального насилия. При этом отсутствует указание на присутствие в анамнезе прочих вариантов насилия и обесценивания. Преобладающими защитными психологическими механизмами у опасно употребляющих алкоголь женщин являлись регрессия и компенсация. В первом случае

ents admitted to the presence of distinct feelings of body shame in the last couple of years and periodic experiences of a sense of the presence of some kind of physical handicap, which forms the "ground" for the development of general dissatisfaction with oneself, anxiety and finding abnormal ways to solve these problems, including through excessive alcohol consumption, self-harm.

The fact of greater prevalence of physical punishment in childhood by parents in the study group (22.09%) complements the general picture of the idea of the formation of a group of dangerous users. Again, we note that in a similar series of comparisons in young men with hazardous alcohol consumption [28], the number of statistically significant differences is noticeably larger, which speaks in favor of a somewhat lower significance of the considered drug addiction variable in female representatives of this age group.

In conclusion of the work, we will discuss a number of personality-psychological characteristics of young women with hazardous alcohol consumption found in the study group and the results of the questionnaires used in the study (Table 5).

Let us make a reservation right away that the number of detected differences that statistically significantly differ between the study and control groups, in general, is not that significant. Regarding the questionnaire of suicidal risk in the modification of T.N. Razuvaeva [25] there were revealed differences only on the scale of affectivity, implying the possibility of excessive reactions to a traumatic situation, with "blocking" of rationality, which in the case of the group we studied could potentially lead to thoughtless, impulsive, affectively induced thoughts and actions (for example, in the form self-harm, suicidal ideation and attempts). According to the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) [26], the study group showed the only statistically significant difference: the study group was more likely to experience various types of emotional abuse in childhood. However, there is no indication of the presence in the anamnesis of other variants of violence and depreciation. Regression and compensation were the prevailing psychological defense mechanisms in dangerously drinking women. In

речь идёт о большей склонности представительниц группы к незрелым, неадекватным паттернам реагирования в стрессовых ситуациях, что хорошо согласуется с обнаруженными высокими значениями шкалы аффективности опросника суицидального риска Т.Н. Разуваевой, рядом обнаруженных аутоагрессивных паттернов (в частности, самоповреждениями) и выявленным группообразующим паттерном потребления алкоголя. Компенсация в данном случае является естественной реакцией в виде самоутверждения на фоне нестабильной самооценки.

Выводы.

1. Молодые женщины с опасным потреблением алкоголя с суицидологических позиций являются весьма специфической группой, не демонстрирующих «априори» ожидаемых многочисленных отличий по изучаемым признакам, тем не менее, имеющих настораживающие тенденции, безусловно, включающие в себя уже сам факт опасного потребления алкоголя.

2. Учитывая достаточно молодой возраст респондентов, принявших в исследовании, предположительно, с его увеличением нельзя исключить прогрессивного роста суицидологических показателей, поскольку продемонстрированный уже сейчас задел нельзя недооценивать.

3. Влияние опасного потребления алкоголя на суицидологический статус имеет заметные гендерные различия, нуждающиеся в дополнительной конкретизации.

4. Введение новой рубрики в МКБ-11 «опасное потребление алкоголя», позволит соответствующим специалистам охватить ранее игнорируемый контингент, обладающий серьёзными аутоагрессивными потенциалами. Это открывает новые горизонты для построения высокоэффективных профилактических мероприятий в наркологической суицидологии.

5. Изучение суицидологических особенностей опасного потребления алкоголя формирует теоретическое представление о динамике аутоагрессивных паттернов в процессе развития и формирования алкогольной болезни, способное создать концептуальную модель превенции алкоголь-индуцированного аутоагрессивного поведения.

the first case, we are talking about a greater tendency of the representatives of the group to immature, inadequate response patterns in stressful situations, which is in good agreement with the found high values of the affectivity scale of the T.N. Razuvaeva, a number of detected auto-aggressive patterns (in particular, self-harm) and a group-forming pattern of alcohol consumption. Compensation in this case is a natural reaction in the form of self-affirmation against the background of unstable self-esteem.

Conclusions.

1. Young women with dangerous alcohol consumption from a suicidological perspective are a very specific group, who do not "a priori" show the expected numerous differences in the studied characteristics, nevertheless, they have alarming tendencies, of course, including the very fact of dangerous alcohol consumption.

2. Taking into account the rather young age of the respondents who took part in the study, presumably, with its increase, a progressive increase in suicidological indicators cannot be ruled out, since the reserve already demonstrated cannot be underestimated.

3. The impact of hazardous alcohol consumption on suicidological status has significant gender differences that need further specification.

4. The introduction of a new heading in the ICD-11 "dangerous consumption of alcohol" will allow relevant specialists to cover a previously ignored contingent with a serious auto-aggressive potential. This opens up new horizons for building highly effective preventive measures in narcological suicideology.

5. Study suicidological characteristics of dangerous alcohol consumption forms a theoretical understanding of the dynamics of auto-aggressive patterns in the process of development and formation of an alcoholic disease, which can create a conceptual model for the prevention of alcohol-induced auto-aggressive behavior.

Литература / References:

1. Ceylan-Isik, A.F., McBride S.M., Ren J. Sex difference in alcoholism: Who is at a Greater risk for development of alcoholic complication? *Journal of Addiction Problems*. 2016; 87 (5-6): 133-138. DOI: 10.1016/j.lfs.2010.06.002

2. Шайдукова Л.К., Овсянников М.В. Феномен стигматизации в наркологической практике. *Казанский медицинский журнал*. 2005; 86 (1): 55-58. [Shajdukova L. K., Ovsyannikov M. V. The phenomenon of stigmatization in drug abuse. *Kazansky medical journal*. 2005; 86 (1): 55-58.] (In Russ)

3. Осипкина Ю.А., Невиницына В.С., и др. Женский алкоголизм в мире: проблемы, профилактика и решение. *Иновационные научные исследования: теория, методология, тенденции развития: Сборник научных статей по материалам V Международной научно-практической конференции, Уфа, 23 февраля 2021 года*. Уфа: Научно-издательский центр "Вестник науки", 2021: 115-123. [Osipkina Yu.A., Nevinitsyna V.S., et al. Female alcoholism in the world: problems, prevention and solutions. innovative scientific research: theory, methodology, development trends: Collection of scientific articles on the materials of the V International scientific and practical conference, Ufa, 23 February 2021. Ufa: Scientific and Publishing Centre "Journal of Science", 2021: 115-123.] (In Russ)
4. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. М.: Медицина, 1990. 416 с. [Entin G.M. Treatment of alcoholism. M.: Medicine, 1990. 416.] (In Russ)
5. Makarechian N., Agro K., et al. Association between moderate alcohol consumption during pregnancy and spontaneous abortion, stillbirth and premature birth: A meta-analysis. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*. 1998; 5: 169-176.
6. Галкин С.А., Бохан Н.А. Влияние исполнительного функционирования на суицидальное поведение при коморбидности алкогольной зависимости и аффективных расстройств. *Девиянология*. 2021; 5 (1): 23-29. DOI: 10.32878/devi.21-5-01(8)-23-29 [Galkin S.A., Bokhan N.A. The effect of executive functioning on suicidal behavior in comorbidity alcohol dependence and affective disorders. *Deviant Behavior (Russia)*. 2021; 5 (1): 23-29. DOI: 10.32878/devi.21-5-01(8)-23-29] (In Russ)
7. Меринов А.В., Шустов Д.И. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом. *Наркология*. 2010; 5: 59-63. [Merinov A.V., Shustov D.I. Autoaggression in families with alcoholism. *Narcology*. 2010; 5: 59-63.] (In Russ)
8. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М., 2010: 232. [Polozhy B.S. Suicidal behavior (clinical, epidemiological and ethnocultural aspects). M.: 2010: 232 p. (In Russ)
9. Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П., Быкова А.А., Лончакова И.В. Завершённые суициды: соотношение мужчин и женщин. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 76-77. [Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotova E.P., Bykova A.A., Lonchakova I.V. Completed suicides: the ratio of men and women. *Academic Journal of West Siberia*] (In Russ)
10. Сомкина О.Ю., Меринов А.В. Современные представления о женском алкоголизме (обзор литературы). *Наука молодых*. 2014; (4): 128-135. [Somkina O.Yu., Merinov A.V. Modern ideas about female alcoholism (literature review). *Eruditio Juvenium*. 2014; (4): 128-135.] (In Russ)
11. Разводовский Ю.Е. Потребление алкоголя и суициды в Беларуси. *Вопросы наркологии*. 2008; 6: 67-72. [Razvodovsky Yu.E. Alcohol consumption and suicides in Belarus. *Issues of narcology*. 2008; 6: 67-72.] (In Russ)
12. Немцов А. В. Потребление алкоголя и самоубийства: Россия, 1981-1998 годы. *Вопросы наркологии*. 2002; 4: 53- 60. [Nemtsov A.V. Alcohol consumption and suicide: Russia, 1981-1998. *Issues of narcology*. 2002; 4: 53-60.] (In Russ)
13. Отчет о реализации проекта RUS-AUDIT: Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя в Российской Федерации. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350879>. [Report on the implementation of the RUS-AUDIT project: Adaptation and validation of the AUDIT test (Alcohol Use Disorders Identification Test) to identify disorders caused by alcohol consumption in the Russian Federation. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350879>] (In Russ)
14. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М.: Медицина, 1986. 272 с. [Bekhtel E.E. Prenosological forms of alcohol abuse. M.: Medicine, 1986. 272 p.] (In Russ)
15. Гофман А.Г. Клиническая наркология. 2-е изд. М.: Издательство «МИА», 2017. 376 с. [Hoffman A.G. Clinical narcology. 2nd ed. Moscow: MIA Publishing House, 2017. 376 p.] (In Russ)
16. Бисалиев Р.В., Кречина Е.В., Ханинев Н.Ф., и др. Донозологические формы потребления алкоголя: клинические и этнокультуральные аспекты. *Наркология*. 2009; 8 (92): 71-79. [Bisaliyev R.V., Krechina E.V., Khaninev N.F., et al. Prenosological forms of alcohol consumption: clinical and ethno-cultural aspects. *Narcology*. 2009; 8 (92): 71-79.] (In Russ)
17. Кравцова, Т.В., Великанова Л.П. Стратегии совладающего поведения у женщин молодого возраста с разными формами донозологического потребления алкоголя. *Вопросы наркологии*. 2010; 1: 10-18. [Kravtsova T.V., Velikanova L.P. Strategies of coping behavior in young women with different forms of pre-nosological alcohol consumption. *Issues of narcology*. 2010; 1: 10-18.] (In Russ)
18. World Health Organization. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva: WHO; 1994. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39461>
19. Reid M.C., Fiellin D.A., O'Connor P.G. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Arch Intern Med*. 1999; 159 (15): 1681-1689. DOI: 10.1001/archinte.159.15.1681
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Alcohol and Public Health Fact Sheet. Atlanta, GA: CDC; 2012. <http://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/binge-drinking.htm>.
21. Sher K.J., Rutledge P.C. Heavy drinking across the transition to college: Predicting first-semester heavy drinking from precollege variables. *Addictive Behaviors*. 2007; 32: 819-835.
22. Hingson R.W, Zha W, Weitzman E.R. Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24, 1998-2005. *Journal of the Studies of Alcohol and Drugs*. 2009; 16: 12-20.
23. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates. WHO; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
24. Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. СПб: Экспертные решения, 2017. 192 с. [Merinov A.V. The role and place of the phenomenon of autoaggression in the families of patients with alcohol addiction. St. Petersburg: Expert solutions, 2017. 192 p.] (In Russ)

25. Разуваева Т.Н. Диагностика личности. Шадринск: Исеть, 1993. 26 с. [Razuvaeva T.N. Personality diagnosis. Shadrinsk: Iset', 1993. 26 p.] (In Russ)
26. Bernstein D.P., Ahluvalia T., Pogge D., et al. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36 (3): 340-348. DOI: 10.1097/00004583-199703000-00012
27. Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. A structural theory of ego defenses and emotions. *Emotions in personality and psychopathology*. Springer US, 1979. P. 227-257.
28. Полкова К.В., Меринов А.В., Старостенко А.Е. Суицидологическая характеристика молодых мужчин с опасным потреблением алкоголя. *Суицидология*. 2022; 13 (3): 88-102. DOI: 10.32878/suiciderus.22-13-03(48)-88-102. [Polkova K.V., Merinov A.V., Starostenko A.E. Suicidal characteristics of young men with hazardous alcohol consumption. *Suicidology*. 2022. 13 (3): 88-102. DOI: 10.32878/suiciderus.22-13-03(48)-88-102.] (In Russ)
29. Сомкина О.Ю., Меринов А.В. и др. Аутоагрессивная и личностно-психологическая характеристика женщин, страдающих алкогольной зависимостью. *Медицинская наука и образование Урала*. 2016; 1 (85): 112-116. [Somkina O.Y., Merinov A.V., et al. Auto-aggressive and personal-psychological characteristics of women with alcohol dependence. *Medical science and education of the Urals*. 2016; 1 (85): 112-116.] (In Russ)
30. Tadic A., Wagner S., Hoch J., et al. Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*. 2009; 42: 257-263. DOI: 10.1159/000224149
31. Isralowitz R., Spiegel S., Reznik A., et al. Late life alcohol use and gender differences among Former Soviet Union immigrants. *J Ethn Subst Abuse*. 2009; 8: 201-205. DOI: 10.1080/15332640902897156
32. Вэлком М.О., Разводовский Ю.Е. и др. Гендерные различия проблем, обусловленных алкоголем, среди учащейся молодежи. *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*. 2013; 12 (1): 3-13. [Velkom M.O., Razvodovskij Y.E. et al. Gender differences in alcohol problems among students. *Bulletin of the Smolensk State Medical Academy*. 2013; 12 (1): 3-13.] (In Russ)
33. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и гендерный парадокс общей смертности. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2017; 4: 24-29. [Razvodovsky Y.E. Alcohol and the gender paradox of general mortality. *Questions of organization and informatization of health care*. 2017; 4: 24-29.] (In Russ)
34. Сомкина О.Ю. Суицидологическая характеристика женщин, страдающих алкогольной зависимостью: Автореф. дисс... канд. мед. наук. Москва, 2018. 22 с. [Somkina O.Yu. Suicidal characteristics of women with alcohol dependence. Abstract of thesis on competition of a scientific degree of candidate of medical sciences. M., 2018. 22 p.] (In Russ)
35. Сомкина О.Ю. Гендерный аутоагрессивный профиль зависимых от алкоголя лиц. *Девиянтология*. 2018; 2 (2): 30-37. [Somkina O.Y. Gender autoaggressive profile of alcohol addicts. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (2): 30-37.] (In Russ)
36. Халдрымянц А.С. Гендерный аспект в проблеме подросткового селфхарма. Гендерный калейдоскоп – 2019: Сборник научных статей, Ростов-на-Дону, 06 декабря 2019 года / Под редакцией Л.А. Савченко. Ростов-на-Дону: ООО «Фонд науки и образования», 2020: 185-189. [Haldrymyants A.S. Gender aspect in the problem of adolescent selfharm. *Gender Kaleidoscope – 2019: Collection of scientific articles, Rostov-on-Don, December 06, 2019 / Edited by L.A. Savchenko. Rostov-on-Don: Foundation for Science and Education, LLC, 2020: 185-189.] (In Russ)*

SUICIDAL CHARACTERISTICS OF YOUNG WOMEN WITH HAZARDOUS ALCOHOL CONSUMPTION

K.V. Polkova¹, A.V. Merinov¹, E.V. Komarov¹,
A.E. Starostenko¹, Y.V. Leonov², N.L. Merinov³,
A.O. Burshinov¹

¹Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

²Regional Clinical Narcological Dispensary, Ryazan, Russia

³Odintsovo narcological dispensary, Odintsovo, Russia

Abstract:

The problem of alcohol abuse is relevant regardless of gender, but women are more often stigmatized and condemned by society. The topic of alcohol problems among them, as before, remains uncomfortable and less studied. Most publications on this topic concerns alcohol addiction in women, which is often characterized by greater progression and a more "malignant" course. Considering the fact of a direct relationship between the amount of alcohol consumed per capita and the level of suicides in a certain area studied by a number of researchers, it is not difficult to understand that among this total proportion of alcohol drinkers there are also prenosologically abusers, including those with the so-called "dangerous alcohol consumption" (new heading in ICD-11). They also make up a significant proportion of those who commit suicide and are of particular interest in terms of studying them as a potential suicidal risk group. The article is devoted to the study of auto-aggressive features in a group of young women with a pattern of dangerous alcohol consumption. *Aim of research:* investigating the association of hazardous alcohol consumption in young women with their auto-aggressive characteristics. *Materials and methods.* The study involved 435 women aged 20 to 27 studying at a university (86 people with hazardous alcohol consumption and 349 without it). The main instrument for diagnosing hazardous alcohol con-

sumption was the RUS - AUDIT test adapted for Russia. The study group included individuals who consumed alcohol on average more than two standard drinks per day and/or more than six per week, who scored 5-9 points on the RUS-AUDIT test. The control group included young women who scored 0-4 points on the RUS-AUDIT test, drinking alcohol on average less than the above doses per day and week. Mathematical data processing was carried out using the SPSS program. *Results and discussion.* According to the classical autoaggressive patterns, no statistically significant differences were found among the studied groups (only quantitative predominance in the study group). Girls with hazardous alcohol consumption were more likely to inflict self-harm, especially in the last two years (more than 2.5 times). Among the study group, there was found prevalence of non-systematic consumption of drugs in the last two years (a difference of more than 3 times). In the last two years, only 5.81% of the study group recognized themselves as subjectively abusing alcohol, which can be considered as a protective model of normalization, or a mechanism of alcohol denial that has turned on. 68.05% of girls with hazardous alcohol consumption wanted to see a psychiatrist or psychotherapist, including because of "complexes", which is reflected in their more frequent body shame in the last two years (72.09% vs. 54.15%), as well as the feeling of having a physical handicap (25.58%). The predominant psychological defense mechanisms in the study group were regression (which is consistent with the increased affectivity identified in the study) and compensation. *Conclusions.* Young women with hazardous alcohol consumption did not show statistically significant differences in the presence of suicidal thoughts and attempts, which can be associated with the young age of the respondents, which does not exclude the growth of indicators over time. The impact of hazardous alcohol consumption on suicidal characteristics is likely to have gender differences that need to be specified. The introduction of a new category in the ICD-11 "hazardous alcohol consumption" will provide an opportunity to develop preventive measures in relation to the possible suicidal and narcological consequences of this pattern.

Keywords: dangerous alcohol consumption, suicide attempt, autoaggression, suicidology, pre-nosology, domestic drunkenness

Вклад авторов:

К.В. Полкова: 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;

Е.В. Комаров: обзор и перевод публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи;

А.Е. Старостенко: обзор и перевод публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи;

Е.В. Леонов: обзор и перевод публикаций по теме статьи;

Н.Л. Меринов: обзор и перевод публикаций по теме статьи;

А.О. Буршинов: обзор и перевод публикаций по теме статьи.

Authors' contributions:

K.V. Polkova: 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.

E.V. Komarov: review of publications on the topic of the article, translated relevant publications, writing the text of the manuscript;

A.E. Starostenko: review of publications on the topic of the article, translated relevant publications, writing the text of the manuscript;

Y.V. Leonov: review of publications on the topic of the article;

N.L. Merinov: review of publications on the topic of the article;

A.O. Burshinov: review of publications on the topic of the article.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 09.09.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 29.10.2022.

Для цитирования: Полкова К.В., Меринов А.В., Комаров Е.В., Старостенко А.Е., Леонов Е.В., Меринов Н.Л., Буршинов А.О. Суицидологическая характеристика молодых женщин с опасным потреблением алкоголя. *Суицидология.* 2022; 13 (4): 38-57. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-38-57

For citation: Polkova K.V. Merinov A.V., Komarov E.V., Starostenko A.E., Leonov Y.V., Merinov N.L., Burshinov A.O. Suicidal characteristics of young women with hazardous alcohol consumption. *Suicidology.* 2022; 13 (4): 38-57. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-38-57 (In Russ / Engl)

САМОПОРЕЗЫ У ПОГИБШИХ ОТ СУИЦИДА: ОСНОВНЫЕ И АССОЦИИРОВАННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

П.Б. Зотов, Е.Г. Скрябин, А.А. Калашников, М.А. Аксельров, О.А. Кичерова, М.Н. Пономарева, А.Г. Бухна, А.Б. Приленский, С.С. Юдина

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», г. Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы», г. Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», г. Тюмень, Россия

SELF-CUTS OF DEAD BY SUICIDE: MAIN AND ASSOCIATED CHARACTERISTICS

P.B. Zotov, E.G. Skryabin, A.A. Kalashnikov, M.A. Akselrov, O.A. Kicherova, M.N. Ponomareva, A.G. Bukhna, A.B. Prilensky, S.S. Yudina

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Regional clinical hospital № 2, Tyumen, Russia
Regional Bureau of Forensic Medical Examination, Tyumen
Regional clinical hospital № 1, Tyumen, Russia

Сведения об авторах:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы: директор Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии. Адрес: Россия, 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес: note72@yandex.ru

Скрябин Евгений Геннадьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4125-9422; Researcher ID: J-1627-2018; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127). Место работы и должность: врач травматолого-ортопедического отделения детского стационара ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2». Адрес: Россия, 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75; профессор кафедры травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: skryabineg@mail.ru

Калашников Александр Александрович – судмедэксперт. Место работы и должность: начальник ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы». Адрес: Россия, 625032, г. Тюмень, ул. Юрия Семовских, 14. Электронный адрес: a_kalash@bk.ru

Аксельров Михаил Александрович – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 3127-9804; ORCID iD: 0000-0001-6814-8894). Место работы и должность: заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; заведующий детским хирургическим отделением №1 ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2». Адрес: 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75. Электронный адрес: akselrov@mail.ru

Кичерова Оксана Альбертовна – доктор медицинских наук, доцент (SPIN-код: 3162-0770; Scopus AuthorID: 56806916100; ORCID iD: 0000-0002-7598-7757). Место работы и должность: заведующая кафедрой неврологии с курсом нейрохирургии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: +7 (3452) 28-74-47, электронный адрес: pan1912@mail.ru

Пономарева Мария Николаевна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6631-8206; ResearcherID: GSE-1570-2022; ORCID iD: 0000-0001-6522-3342). Место работы и должность: заведующая кафедрой офтальмологии Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: ronomarevaman@tyumsmu.ru

Бухна Андрей Георгиевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 2757-0463; ORCID iD: 0000-0002-9580-0005). Место работы и должность: старший преподаватель кафедры психологии и педагогики с курсом психотерапии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: +7 (912) 398-14-27, электронный адрес: Buhna_Andrey@mail.ru

Приленский Александр Борисович – врач-психиатр (Researcher ID: W-2770-2017; ORCID iD: 0000-0003-1351-5890). Место работы и должность: врач-психиатр отделения токсикологии ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1». Адрес: Россия, г. Тюмень, ул. Котовского, д. 54. Электронный адрес: prilensk@gmail.com

Юдина Снежана Сергеевна – врач-офтальмолог (SPIN-код: 8160-1347; ResearcherID: HJA-9954-2022; ORCID iD: 0000-0003-2842-7762). Место работы: врач-офтальмолог ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2». Адрес: Россия, 625027, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75. Место учёбы: клинический ординатор кафедры офтальмологии

Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Information about the authors:

Zotov Pavel Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work: Director of the Institute of Clinical Medicine, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia; Head of the Siberian School of Preventive Suicidology and Deviantology. Address: 67 Minskaya str., bild. 1, office 102, Tyumen, 625027, Russia. Phone: +7 (3452) 270-510, email: note72@yandex.ru

Skryabin Evgeny Gennadievich – MD, PhD (SPIN-code: 4125-9422; Researcher ID: J-1627-2018; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127). Place of work: Professor of the Department of Traumatology, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia; Specialist of traumatological Department of children's hospital of Regional clinical hospital №2. Address: 75 Melnikayte str., Tyumen, Russia, 625039. Phone: +7 (3452) 28-70-18, email: skryabineg@mail.ru

Kalashnikov Alexander Alexandrovich – forensic medical expert. Place of work and position: Head of the State Medical Institution of the "Regional Bureau of Forensic Medical Examination". Address: 14 Yuri Semovskikh str., Tyumen, 625032, Russia. Email: a_kalash@bk.ru

Akselrov Mikhail Alexandrovich – MD, PhD, associate Professor (SPIN-code: 3127-9804; ORCID iD: 0000-0001-6814-8894). Place of work: Head of the Department of pediatric surgery, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, Russia, 625023; Head of the children's surgical Department №1 of Regional clinical hospital №2. Address: 75 Melnikayte str., Tyumen, 625039, Russia. Email: akselrov@mail.ru

Kicherova Oksana Albertovna – MD, PhD (SPIN-code: 3162-0770; Scopus AuthorID: 56806916100; ORCID iD: 0000-0002-7598-7757). Place of work and position: Head of the Department of Neurology, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia. Phone: +7 (3452) 28-74-47, email: pan1912@mail.ru

Ponomareva Maria Nikolaevna – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 6631-8206; ResearcherID: GSE-1570-2022; ORCID iD: 0000-0001-6522-3342). Place of work and position: Head of the Department of Ophthalmology, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia. Email: ponomarevaman@tyumsmu.ru

Buhna Andrey Georgievich – MD, PhD (SPIN-code: 2757-0463; ORCID iD: 0000-0002-9580-0005). Place of work: assistant of the Department of psychology, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia. Phone: +7 (912) 398-14-27, email: Buhna_Andrey@mail.ru

Prilensky Alexander Borisovich – psychiatrist (Researcher ID: W-2770-2017; ORCID iD: 0000-0003-1351-5890). Place of work and position: psychiatrist of the toxicology Department of the Regional clinical hospital. Address: 54 Kotovsky str., Tyumen, Russia. Email: prilensk@gmail.com

Yudina Snezhana Sergeevna – ophthalmologist (SPIN-code: 8160-1347; ResearcherID: HJA-9954-2022; ORCID iD: 0000-0003-2842-7762). Place of work: psychiatrist of Regional clinical hospital №2. Address: 75 Melnikayte str. Tyumen, Russia, 625039.

Представлен постмортальный анализ самопорезов у 271 погибшего от суицида (235 мужчин и 36 женщин в возрасте от 11 до 91 года, соотношение М : Ж – 6,5 : 1). Показано, что острые раны и следы самопорезов, за исключением смертельных ножевых ранений, как основного способа суицида, регистрируются у 9,9% погибших, при минимальном различии у мужчин и женщин – 9,8% и 11,1% соответственно. В 5,5% это острые раны как дополнительный травмирующий элемент, нанесённый в период реализации суицидального акта, в 4,4% – рубцы от прежних самоповреждений. Эти группы чётко разделены, сочетание острых ран и рубцов встречается лишь в единичных случаях, что свидетельствует о двух различных алгоритмах поведения. Основная зона повреждений – предплечья рук (100%), значительно реже – живот, нижние конечности, грудная клетка и шея. В большинстве случаев (88,9%) раны и рубцы носят множественный характер, у каждого второго (51,9%) погибшего располагаются с двух сторон. Алкоголь в крови выявляется у 55,6% суицидентов со следами самоповреждений, несколько превышая аналогичный показатель группы лиц без дополнительных ран (46,3%), что позволяет его рассматривать как универсальный и общий фактор риска для обеих групп. Большинство лиц с острыми и рубцовыми ранами для реализации самоубийства избирают другой, отличный от нанесения себе колото-резанных ран, но с высокой степенью летальности, способ. В заключении авторы делают вывод о том, что полученные в ходе исследования данные указывают на важный практический вывод – более внимательный осмотр пациентов врачом любой специальности, активное выявление следов самоповреждений, суицидального поведения и изучение суицидального анамнеза – значимый элемент суицидальной превенции, позволяющий выявлять группу риска и своевременно направлять человека к специалисту в области психического здоровья. Предложенное направление исследований позволяет получить значимые для клинической суицидологии, судебной медицины, криминалистики и других дисциплин данные, что указывает на важность продолжения работы.

Ключевые слова: суицид, самопорезы, самоповреждения, раны

Совершенствование мер профилактики самоубийств составляет одну из ключевых медико-социальных задач по снижению суицидальной смертности [1]. Значимыми направлениями являются выявление и анализ факторов риска, работа с группами повышенной суицидальной готовности [2, 3, 4], обучение и подготовка специалистов, оказывающих помощь и реализующих программы превенции [5]. Среди доказанных факторов просуицидальной активности – алкоголь и психоактивные вещества [6, 7, 8], суицидальные попытки и аутоагрессивные действия в прошлом, депрессия, девиантные формы поведения [7, 9, 10].

Исследования последних лет так же указывают на важное значение самоповреждений, в том числе, совершаемых по суицидальным и несуйцидальным мотивам [11, 12, 13]. В структуре умышленных самоповреждений ведущее место занимают порезы кожи и мягких тканей. Однако частота их в популяции точно неизвестна, так как после нанесения ран за медицинской помощью обращаются не более 6-15% пострадавших [14, 15, 16]. Среди других причин отсутствия достоверной статистики – сокрытие факта умышленного нанесения себе раны, а также недостатки системы учёта подобных состояний и др. С другой стороны, косвенные статистические данные подтверждают факт достаточной широкой распространённости этого явления в популяции – среди поступающих в стационар после умышленного самоповреждения доля самопорезов может достигать 34-44% [17, 18, 19].

Основной контингент – это молодые люди (преимущественно девушки – 70%) с поверхностными порезами кожи рук (преобладают порезы в области средней трети предплечий, чаще недоминантной руки). В 78% случаев наносимые раны множественные. У каждого пятого (19,1%) среди обращающихся за хирургической помощью при осмотре выявляются рубцы от порезов, нанесённых себе ранее [20].

Важным клиническим феноменом является то, что даже в случае доказанного отсутствия суицидальных идей при текущем повреждении, сам факт нанесения раны значительно повышает риск погнбнуть от суицида в будущем [21, 22]. При этом умышленные порезы как метод самоповреждения несёт в себе бóльший риск самоубийства (и повторения), чем другие способы несуйцидальных самоповреждений (НССП), в том числе самоотравление [23]. По мере увеличения частоты членовредительства возрастает и суицидальный риск [21]. У подростков,

Improving suicide prevention measures is one of the key medical and social tasks aimed at reducing suicidal mortality [1]. Significant areas are the identification and analysis of risk factors, working with groups of increased suicidal readiness [2, 3, 4], providing education and training of specialists who administer assistance and implement prevention programs [5]. Among the proven factors of pro-suicidal activity are alcohol and psychoactive substances [6, 7, 8], suicidal attempts and auto-aggressive actions in the past, depression, deviant forms of behavior [7, 9, 10].

Recent studies also point to the diagnostic importance of self-harm committed both for suicidal and non-suicidal motives [11, 12, 13]. In the structure of intentional self-harm, the leading place is occupied by cuts of the skin and soft tissues. However, their frequency in the population is not exactly known, since after infliction of wounds, no more than 6-15% of the victims seek medical help [14, 15, 16]. Among other reasons for the lack of reliable statistics are the concealment of the fact of intentionally inflicting a wound on oneself, as well as shortcomings in the system for recording of such conditions. On the other hand, indirect statistical data confirm the fact that this phenomenon is quite widespread in the population – among those admitted to the hospital after deliberate self-harm, the proportion of self-cuts can reach 34-44% [17, 18, 19].

The main contingent is young people (mostly girls – 70%) with superficial cuts on the skin of the hands (cuts predominate in the middle third of the forearms, more often the non-dominant hand). In 78% of cases, the wounds inflicted are multiple. Every fifth (19.1%) of those seeking surgical care during the examination revealed scars from cuts inflicted on themselves earlier [20].

An important clinical phenomenon is that even in the case of a proven absence of suicidal ideas in the current injury, the very fact of inflicting a wound significantly increases the risk of dying from suicide in the future [21, 22]. At the same time, deliberate cutting as a method of self-harm carries a greater risk of suicide (and repetition) than other methods of non-suicidal self-injury (NSSI) including self-poisoning [23]. As the frequency of self-harm increases, so does the risk of suicide [21]. In adolescents who

совершивших умышленное самоповреждение, риск погибнуть от самоубийств в течение последующего года более чем в 30 раз выше, чем ожидаемая смертность в общей популяции [24]. И эти риски сохраняются достаточно длительный период: в течение 9 лет, последующих после травмы; около 7% лиц, совершивших НССП, в последующем погибают от самоубийства [25].

В России доля самопорезов и проникающих ранений в структуре способов самоубийства относительно невелика и по отдельным регионам составляет от 0,7 до 8,3% [26, 27, 28]. Среди попыток суицида этот показатель значительно выше – до 54,5% у мужчин и 38,5% – у женщин [29]. Частота порезов среди погибших и совершивших попытки различается почти в 10 раз [30].

Во многих случаях самопорезы и суицидальное поведение сосуществуют [31]. Самоповреждение, с одной стороны, может выступать как фактор риска суицида, с другой – может быть его непосредственным предвестником или началом реализуемой попытки. Для более объективного понимания ситуации при общении с каждым пациентом требуется как минимум беседа и целенаправленный опрос со сбором анамнеза. С целью дифференцирования состояний важен анализ мотивов и наличие покушений в прошлом, а в случае летального суицида – проведение постмортальной психолого-психиатрической экспертизы [32].

Наличие тесной связи этих двух состояний в целом не вызывает сомнений, однако она не всегда очевидна и проспективна, особенно при оценке индивидуального суицидального риска. В этом плане более показательны могут быть данные анамнеза, в том числе полученные на секционном материале. Так, при ретроспективном анализе самоубийств показано, что случаи преднамеренного нанесения самопорезов выявляются у 33% погибших женщин и 7% мужчин [33]. При этом реализованный способ суицида не обязательно представляет собой повторение самопорезов, и может отличаться [23]. В доступной литературе подобные работы единичны, что обратило наше внимание на важность исследования данной темы.

Цель исследования: анализ частоты выявления ран и следов самопорезов у погибших от суицида, оценка их характеристик.

Материал и методы: данные Областного бюро судебно-медицинской экспертизы (г. Тюмень) о лицах, погибших от суицида в 2018-2020 гг.

commit intentional self-harm, the risk of dying from suicide during the next year is more than 30 times higher than the expected mortality in the general population [24]. And these risks remain for a rather long period: for 9 years following the injury; about 7% of people who commit NSSI subsequently die from suicide [25].

In Russia, the share of self-cuts and penetrating wounds in the structure of suicide methods is relatively small and ranges from 0.7 to 8.3% in some regions [26, 27, 28]. Among suicide attempters, this figure is significantly higher and reaches up to 54.5% in men and 38.5% in women [29]. The frequency of cuts among the dead and those who made attempts differs by almost 10 times [30].

In many cases, self-cutting and suicidal behavior coexist [31]. Self-harm, on the one hand, can act as a risk factor for suicide, on the other hand, it can be its immediate precursor or the beginning of an ongoing attempt. For a more objective understanding of the situation when communicating with each patient, at least a conversation and a targeted survey with anamnesis are required. In order to differentiate states, it is important to analyze the motives and the presence of attempts in the past, and in the case of a lethal suicide, a post-mortem psychological and psychiatric examination [32].

The presence of a close relationship between these two conditions is generally not in doubt, however, it is not always obvious and prospective, especially when assessing individual suicidal risk. In this regard, anamnesis data, including those obtained on sectional material, may be more indicative. Thus, a retrospective analysis of suicides showed that cases of intentional self-cutting were detected in 33% of dead women and 7% of men [33]. At the same time, the implemented method of suicide does not necessarily represent a repetition of self-cutting and may differ [23]. In the available literature such works are rare, which drew our attention to the importance of studying this topic.

Aim of the study: to analyze the frequency of detection of wounds and traces of self-cuts in those who died from suicide, assessment of their characteristics.

Material and methods: data from the Regional Bureau of Forensic Medical

В исследование был включен 271 случай самоубийств (мужчины – 235, женщины – 36, в возрасте от 11 до 91 года), подвергнутых экспертизе, в том числе в: 2018 г. – 86 случаев (мужчины – 76, женщины – 10); 2019 г. – 88 случаев (мужчины – 77, женщины – 11); 2020 г. – 97 случаев (мужчины – 82, женщины – 15).

Из протоколов целенаправленно выбиралась информация с описанием следов ран и самопорезов – ран, рубцов, других следов повреждений. Полученные данные оценивались, интерпретировались, сравнивались с материалами из доступных источников специальной литературы.

Математическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS.

Результаты и обсуждение.

Структура способов самоубийств и распределение погибших по полу представлены в таблице 1.

Среди реализованных способов суицида, ведущее место занимало самоповешение – 80,4%, что отражает общую ситуацию, характерную для региона исследования и страны в целом [27, 34].

Обращают внимание цифры по самоповреждениям вследствие прыжка с высоты – 7,4%. В среднем по стране этот показатель не превышает 1-2% и обычно находится в рейтинге ниже частоты самоотравлений и самопорезов [27].

Examination (Tyumen) on people who died from suicide in 2018-2020.

The study included 271 suicide cases (235 men, 36 women, aged 11 to 91), subjected to examination, including: 2018 – 86 cases (76 men, 10 women); 2019 – 88 cases (77 men, 11 women); 2020 – 97 cases (82 men, 15 women).

From the protocols, information was purposefully selected with a description of traces of wounds and self-cuts – wounds, scars, and other traces of damage. The data obtained were evaluated, interpreted, compared with materials from available sources of specialized literature.

Mathematical data processing was carried out using the SPSS program.

Results and discussion.

The structure of suicide methods and the distribution of the dead by sex are presented in Table 1.

Among the implemented methods of suicide, the most common method was self-hanging – 80.4%, which reflects the general situation typical for the study region and the country as a whole [27, 34].

The figures of self-harm committed through a jump from a height attract attention as they reach 7.4%.

Таблица / Table 1

Структура способов самоубийства у погибших исследуемой группы (n=271)
The structure of suicide methods among the dead of the study group (n=271)

Способ суицида Suicide method	Суициды / Number of suicides						Соотношение М : Ж M : F ratio
	М / M		Ж / F		Всего / Total		
	n	%	n	%	n	%	
X70 – Самоповешение Self-hanging	192	81,7	26	72,2	218	80,4	7,4 : 1
X80 – Самоповреждение вследствие прыжка с высоты / Self injury due to jump from height	15	6,4	5	13,9	20	7,4	3 : 1
X61-69 – Самоотравление Self poisoning	5	2,1	5	13,9	10	3,7	1 : 1
X78 – Преднамеренное самоповреждение острым предметом Intentional self-harm with a sharp object	10	4,3	0	0	10	3,7	10 : 0
X72-74 – Самоповреждение из огнестрельного оружия / Self-harm with firearms	12	5,1	0	0	12	4,4	12 : 0
X83 – Самоповреждения в результате других уточненных действий / Self-harm resulting from other specified activities	1	0,4	0	0	1	0,4	1 : 0
Всего: Total:	235	100,0	36	100,0	271	100,0	6,5 : 1

Примечание / Note: *процент рассчитан относительно всего количества суицидов, совершенных данным способом (по горизонтали) / *percentage is calculated relatively to the total number of suicides committed by this method (horizontally)

На третьем месте у исследуемого контингента – суициды огнестрельным оружием – 4,4%. Самоотравления и преднамеренное самоповреждение острым предметом регистрировались реже, но с одинаковой частотой – по 3,7%.

Следует отметить, что «отклонения» некоторых цифр от среднероссийских не обязательно отражает региональную особенность, а может быть обусловлено невключением в исследование части контингента погибших, по которым в указанный период (2018-2020 гг.) экспертиза проводилась в других территориальных Бюро СМЭ региона.

В исследуемой группе число мужчин в 6,5 раз превышало количество женщин (М:Ж – 6,5:1), что выше средних значений по региону – 4,2 [34] и в целом по стране – 4,4-4,9 [35, 36, 37].

Более значимые различия отмечались при оценке относительно отдельного способа добровольной смерти. Так, при механической асфиксии эти соотношения составляли – 7,4:1, при суицидах, совершённых путём прыжка с высоты, были ниже чем в среднем по группе (М:Ж – 3:1) и одинаковы при самоотравлениях (М:Ж – 1:1). Самоубийства с использованием огнестрельного оружия и самоповреждения острым предметом регистрировались исключительно среди мужчин.

На следующем этапе была оценена частота выявления алкоголя у погибших, в том числе в зависимости от избранного способа самоповреждения (табл. 2).

Всего алкоголь в крови был выявлен у 48,0% суицидентов, что близка к данным по региону [38], но несколько ниже, чем в среднем по стране, где этот показатель варьирует в пределах 60-65% [39]. Практически такой же процент (48,2%) как и в общей группе определялся у лиц, совершивших самоповешение, что вполне объяснимо максимальным числом лиц с механической асфиксией в целом.

При анализе сводных данных также обращает внимание, с одной стороны, наиболее высокая частота (91,7%) алкоголь-позитивного гемотеста при использовании огнестрельного оружия, с другой, минимальные показатели у прыгнувших с высоты – 1 погибший. Оба способа характеризуются высокой степенью травматичности и летальности, но отличаются столь разным подходом к потреблению алкоголя в момент трагедии. При самопорезах этот процент был – 40,0%, самоотравлении – 50,0%, что было ближе к группе лиц с механической асфиксией.

On average for the country, this indicator does not exceed 1-2 % and is usually ranked below the frequency of self-poisoning and self-cutting [27]. The third most common means among the studied contingent is suicide committed using the firearms – 4.4%. Self-poisoning and intentional self-harm with a sharp object were recorded less often, but with the same frequency – 3.7% each.

It should be noted that the “deviations” of some figures from the Russian average do not necessarily reflect a regional peculiarity, but may as a result of the non-inclusion in the study of a part of the contingent of the dead, for whom, in the specified period (2018-2020), the examination was carried out in other territorial Bureau of Forensic Medicine of the region.

In the study group, the number of men was 6.5 times higher than the number of women (M:F–6.5:1), which is higher than the average values for the region – 4.2 [34] and for the whole country – 4.4-4.9 [35, 36, 37].

More significant differences were noted in the evaluation of a particular method of voluntary death. So, with mechanical asphyxia, these ratios were 7.4:1, with suicides committed by jumping from a height, they were lower than the average for the group (M:F – 3:1) and the same for self-poisoning (M:F – 1:1). Suicides with the use of firearms and self-harm with a sharp object were registered exclusively among men.

At the next stage, the frequency of detection of alcohol in the dead was assessed including in connection to the chosen method of self-harm (Table 2).

In total, alcohol in the blood was detected in 48.0% of suicide attempters, which is close to the data for the region [38], but is slightly lower than the national average, where this indicator varies within 60-65% [39]. Almost the same percentage (48.2%) as in the general group was determined in persons who committed self-hanging, which is quite explainable by the maximum number of persons with mechanical asphyxia in general.

When analyzing the summary data, on the one hand, the highest frequency (91.7%) of an alcohol-positive hemotest when using firearms draws attention, on the other hand, the minimum figures for those who jumped from a height – only 1 dead.

Таблица / Table 2

Структура способов самоубийства и присутствие алкоголя у погибших от суицида (n=271)
 The structure of suicide methods and alcohol presence in those who died from suicide (n=271)

Способ суицида Suicide method	Суициды / Number of suicides						Алкоголь / Alcohol					
	М / M		Ж / F		Всего / Total		М / M		Ж / F		Всего / Total	
	n	%	n	%	n	%	n	*%	n	*%	n	*%
X70 – Самоповешение Self-hanging	192	81,7	26	72,2	218	80,4	94	49,0	11	42,3	105	48,2
X80 – Самоповреждение вследствие прыжка с высоты Self-harm due to jump from height	15	6,4	5	13,9	20	7,4	4	26,7	1	20,0	5	25,0
X61-69 – Самоотравление Self-poisoning	5	2,1	5	13,9	10	3,7	3	60,0	2	40,0	5	50,0
X78 – Преднамеренное самоповреждение острым предметом / Intentional self-harm with a sharp object	10	4,3	0	0	10	3,7	4	40,0	0	0	4	40,0
X72-74 – Самоповреждение из огнестрельного оружия Self-harm with a firearm	12	5,1	0	0	12	4,4	11	91,7	0	0	11	91,7
X83 — самоповреждения в результате других уточненных действий / Self-harm due to other specified activities	1	0,4	0	0	1	0,4	0	0	0	0	0	0
Всего: Total:	235	100,0	36	100,0	271	100,0	116	49,4	14	38,9	130	48,0

Примечание / Note: *процент рассчитан относительно всего количества суицидов, совершенных данным способом (по горизонтали) / *percentage is calculated relatively to the total number of suicides committed by this method (horizontally)

Более значимые различия выявлены при половом алкоголь-ассоциированном распределении. При отмеченном выше соотношении среди общей группы суицидентов мужчин и женщин как М:Ж – 6,5:1, среди употреблявших перед самоубийством алкоголь доля мужчин увеличена почти на треть и составила 8,3:1 (p<0,05). Мужчины, с признаками алкоголя в крови, преобладали среди всех лиц, избравших тот или иной способ добровольной смерти. В целом, эти данные, могут служить подтверждением известной роли алкоголя как просуицидогенного фактора, в том числе более ассоциированного с мужской популяцией. Соответственно меры по ограничению доступа к алкоголю и лечение всех форм злоупотребления им, являются значимыми мерами в общей системе суицидальной превенции.

Следующим этапом работы являлся анализ группы суицидентов, при осмотре которых были выявлены повреждения кожи и мягких тканей. Среди всех погибших следы самопорезов, за исключением смертельных ножевых ранений, как основного способа суицида, были выявлены в 9,9% случаев, при минимальном различии у мужчин и женщин – 9,8% и 11,1% соответственно (табл. 3).

Both methods are characterized by a high degree of trauma and mortality, but differ in such a contrasting approach to alcohol consumption at the time of the tragedy. With self-cutting, this percentage was 40.0%, with self-poisoning it was 50.0%, which was closer to the group of persons with mechanical asphyxia.

More significant differences were found in the sex alcohol-associated distribution. With the ratio noted above among the general group of male and female suicides as M:F – 6.5:1, among those who consumed alcohol before suicide, the proportion of men increased by almost a third and amounted to 8.3:1 (p <0.05). Men with signs of alcohol in the blood predominated among all those who chose one or another method of voluntary death. In general, these data can serve as confirmation of the well-known role of alcohol as a pro-suicidogenic factor, including one more associated with the male population. Accordingly, measures to limit access to alcohol and treat all forms of alcohol abuse are significant measures in the overall system of suicide prevention.

Таблица / Table 3

Структура способов самоубийства, самопорезов и ран у погибших от суицида (n=271)
The structure of suicide methods, self-cuts and wounds in those who died from suicide (n=271)

Способ суицида Suicide method	Суициды Number of suicides						Суициденты со следами ран и самопорезов (n=27) Suicide attempters with traces of wounds and self-cuts (n=27)					
	М / M		Ж / F		Всего / Total		М / M		Ж / F		Всего / Total	
	n	%	n	%	n	%	n	*%	n	*%	n	*%
X70 – Самоповешение Self-hanging	192	81,7	26	72,2	218	80,4	16	8,3	1	3,8	17	7,8
X80 – Самоповреждение вследствие прыжка с высоты Self-harm due to jump from height	15	6,4	5	13,9	20	7,4	2	13,3	2	40,0	4	20,0
X61-69 – Самоотравление Self-poisoning	5	2,1	5	13,9	10	3,7	0	0	1	20,0	1	10,0
X78 – Преднамеренное само- повреждение острым предме- том / Intentional self-harm with a sharp object	10	4,3	0	0	10	3,7	3	30,0	0	0	3	30,0
X72-74 – Самоповреждение из огнестрельного оружия / Self- harm with a firearm	12	5,1	0	0	12	4,4	2	16,7	0	0	2	16,7
X83 — самоповреждения в результате других уточненных действий / Self-harm due to other specified activities	1	0,4	0	0	1	0,4	0	0	0	0	0	0
Всего/Total:	235	100,0	36	100,0	271	100,0	23	9,8	4	11,1	27	9,9

Примечание / Note: *процент рассчитан относительно всего количества суицидов, совершенных данным способом (по горизонтали) / *percentage is calculated relatively to the total number of suicides committed by this method (horizontally)

Обращает внимание то, что острые и зажившие раны от самопорезов, хоть и с неодинаковой частотой, но регистрировались при всех основных способах самоубийства. Это подтверждает общий тезис об отнесении данного вида самоповреждений к факторам суицидального риска.

Достаточно интересно и половое распределение суицидентов. Как нами было показано ранее [20], среди обращающихся за медицинской помощью с самопорезами (то есть самоповреждение требовало хирургической обработки раны, остановки кровотечения и др.) с большим перевесом (70%) преобладают девушки / женщины. В некоторых случаях раны носят угрожающий жизни характер, и при неоказании помощи своевременно могут закончиться летально. Тем не менее, ни одной женщины, среди погибших от нанесения себе колото-резанных ран, за трёхлетний период в группе из 271 человека не было. Данный результат может указывать на то, что женщины, нанося самопорезы в подавляющем большин-

The next stage of the work was the analysis of a group of suicide attempters during the examination of whom damage to the skin and soft tissues was revealed. Among all the dead, traces of self-cutting, with the exception of fatal stab wounds, as the main method of suicide, were detected in 9.9% of cases, with a minimal difference in men and women – 9.8% and 11.1%, respectively (Table 3). It is noteworthy that acute and healed wounds from self-cuts, although with an unequal frequency, were recorded with all the main methods of suicide. This confirms the general thesis about classifying this type of self-harm as a suicidal risk factor.

The gender distribution of suicide attempters is of particular interest. As we have shown earlier [20], among those seeking medical help with self-cuts (that is, self-harm required surgical treatment of the wound, stopping bleeding, etc.), girls / women predominate by a large margin (70%). In some

стве случаев не имеют целью преднамеренную смерть, а руководствуются другими мотивами. Наша клиническая практика свидетельствует о доминировании в этом поведении терапевтических целей – боль от самоповреждения как новая доминанта, подавляющая тяжёлое эмоциональное состояние. Острая боль и период заживления обычно дают кратковременную эмоциональную передышку. Если подобная процедура не приносит нужного терапевтического эффекта (стресс и уровень переживаний выше, чем соматическая боль), то спустя некоторый период самопорезы повторяются или (реже) совершается самоубийство. Как правило, способ добровольной смерти будет отличаться и характеризоваться большей брутальностью. Подобный алгоритм действий достаточно типичен. Поэтому у погибших от суицида раны от самоповреждений вполне допустимый, и не редкий элемент. У мужчин в этот сценарий свой весомый вклад может вносить алкоголь, с соответствующим дополнением переменных в мотивы самоповреждений.

Для более точной характеристики и дифференцировки выявленных самопорезов, ран, и следов прежних повреждений различной степени давности нами проведена их систематизация. Предварительная оценка характера патологических изменений показала, что их можно разделить на 5 типов:

1 тип: колото-резанные раны, нанесённые себе самим погибшим, и явившиеся причиной смерти (прямая суицидассоциированная связь).

2 тип: следы, характерные для умышленных самопорезов, нанесённых себе в ближайшие часы-минуты перед самоубийством или в процессе его совершения – несмертельные острые колото-резанные раны (просуицидальный фактор риска).

3 тип: следы, характерные для умышленных самоповреждений, полученных в отдалённый предварительный период – рубцы от порезов со следами хирургической обработки и/или без них (просуицидальный фактор риска).

4 тип: раны, полученные в процессе или после совершения самоубийства, как прямое следствие выбранного травматического способа суицида (повреждения кожи и мягких тканей, полученные в результате свободного падения при прыжке с высоты, самостреле, механической асфиксии и др.).

5 тип: следы прежних повреждений, предположительно не связанных с аутоагрессией (последствия операций, случайных травм и др.) – выявлены у четырех человек и описаны как дополнительный эле-

cases, the wounds are life-threatening, and if not treated in a timely manner, they can end fatally. However, there was no single woman among those who died from self-inflicted stab wounds over a three-year period in a group of 271 people. This result may indicate that women, inflicting self-cutting in the vast majority of cases, do not aim at committing intentional death, but are guided by other motives. Our clinical practice testifies to the dominance of therapeutic goals of such behavior – pain from self-harm is a new dominant that suppresses a difficult emotional state. Acute pain and a healing period usually provide a short-term emotional respite. If such a procedure does not bring the desired therapeutic effect (stress and the level of emotions are higher than somatic pain), then after a certain period of self-cutting is repeated or (less often) suicide is committed. As a rule, the method of voluntary death will be different and more brutal. Such an algorithm of actions is quite typical. Therefore, for those who died from suicide, wounds from self-harm are quite common and not rare. For men, alcohol can make a significant contribution to this scenario with the corresponding addition of variables to the motives of self-harm.

For a more accurate characterization and differentiation of the revealed self-cuts, wounds, and traces of previous injuries of various degrees of prescription, we have carried out their systematization. A preliminary assessment of the nature of pathological changes showed that they can be divided into 5 types:

Type 1: stab wounds that caused death and inflicted by the dead themselves (direct suicide-associated relationship).

Type 2: traces that are characteristic of intentional self-cuts inflicted a few minutes or hours before suicide or while committing it – non-fatal sharp stab wounds (pro-suicidal risk factor).

Type 3: traces that are characteristic of intentional self-harm received in a remotely advanced period – scars from cuts with and/or without traces of surgical treatment (pro-suicidal risk factor).

Type 4: wounds received during or after committing suicide as a direct consequence of the chosen traumatic method of suicide (damage to the skin and soft tissues resulting from a free fall when jumping

мент на фоне других самоповреждений.

При дальнейшем анализе материала последние две категории не учитывались. Расчёт, обсуждение и выводы формировались по результатам оценки 1, 2 и 3 типов ран и самоповреждений.

Остановимся на более подробном описании каждого из них (табл. 3).

Первый тип ран, по понятным причинам, доминировал среди лиц, совершивших суицид путём преднамеренного самоповреждения острым предметом (X78). Все 10 случаев – мужчины, в возрасте от 30 лет до 61 года (средний – 38,4).

У 7 из них имелись единичные раны кожи и мягких тканей от самопорезов в области локтевых сгибов, предплечий или запястий рук. Свежих ран в других областях тела и конечностей не наблюдалось. Характерным при описании было указание на полное пересечение подкожных вен, реже артерий, как источника смертельного кровотечения. У части погибших регистрировалось пересечение нервов. Достаточно типично писание этих самоповреждений: «... на внутренней поверхности левого локтевого сустава горизонтально расположенная прямолинейная резанная рана длиной около 12 см (при сведённых краях) с ровными краями, острыми концами, глубиной до 1 см в центральных отделах, в глубине определяются полностью пересечённые плечевые артерия и вена».

В двух случаях (из 10) смертельные раны были нанесены в области шеи. У одного погибшего рана от единственного точно нанесённого ножевого удара: «... в правой боковой поверхности шеи горизонтальная прямолинейная рана длиной при сведённых краях 2,3 см, с ровными краями..., по ходу раневого канала имеется сквозное повреждение на ½ правой внутренней яремной вены и слепо заканчивается в мягких тканях правой боковой поверхности шеи, глубина раневого канала около 2,0 см» (алкоголь «←»).

Ещё один мужчина, 30 лет, погиб от резанной проникающей раны грудной клетки (алкоголь «←»).

Несмотря на то, что самопорезы у этих 10 лиц явились основной летальной причиной, на трёх телах помимо смертельной раны также присутствовали следы прежних порезов различной давности, в том числе с признаками хирургического пособия и без такового.

У двоих общую картину дополняли несмертельные порезы кожи и мягких тканей, нанесённые в процессе суицидального акта (выделенный нами *Второй тип*). Так у одного из мужчин помимо ле-

from a height, crossbow, mechanical asphyxia, etc.).

Type 5: traces of previous injuries, presumably not related to auto-aggression (consequences of operations, accidental injuries, etc.) – were detected in four people and described as an additional element against the background of other self-injuries.

In further analysis of the material, the last two categories were not taken into account. Calculation, discussion and conclusions were formed according to the results of assessment of 1, 2 and 3 types of wounds and self-injuries.

Let us dwell on a more detailed description of each of them (Table 3).

The first type of wounds, for obvious reasons, dominated among those who committed suicide by deliberate self-harm with a sharp object (X78). All 10 cases were men, aged 30 to 61 (mean age 38.4).

7 of them had single wounds of the skin and soft tissues from self-cuts in the area of the elbows, forearms or wrists. Fresh wounds in other areas of the body and limbs were not observed. The description was characterized with an indication of the complete intersection of the saphenous veins, less often of the arteries, as a source of fatal bleeding. In some of the dead, the intersection of nerves was recorded. Such description of these self-injuries is quite typical: "... on the inner surface of the left elbow joint there is a horizontally located rectilinear incised wound with a length of about 12 cm (with reduced edges) with smooth edges, sharp ends, depth up to 1 cm in the central sections, in depth completely crossed brachial artery and vein are determined".

In two cases (out of 10) fatal wounds were inflicted in the neck. One deceased person had a single wound accurately inflicted by knife: "... in the right lateral surface of the neck, a horizontal rectilinear wound with a length of reduced edges of 2,3 cm, with smooth edges ..., along the wound channel there is a through injury to ½ of the right internal jugular vein and blindly ends in soft tissues of the right lateral surface of the neck, the depth of the wound channel is about 2,0 cm"(alcohol "←").

Man, 30 years old, died from a cut penetrating wound of the chest (alcohol "←").

Despite the fact that for these 10 individuals self-cutting was the main lethal

тальной раны на шее наблюдались следы свежих повреждений на руках: «... на правой боковой поверхности шеи на границе средней и нижней третей расположена зияющая рана веретенообразной формы, длиной 9 см. При сведении краёв рана имеет прямолинейную форму, длиной 10 см, ориентирована практически горизонтально. В просвете раны видна поперечно пересечённая на 1/2 правая наружная яремная вена. В средней трети левого локтевого сгиба расположена прямолинейная рана, ориентированная на 12,5 и 6,5 часах условного циферблата, длиной 1,5 см, глубиной до 0,4 см, дном которой являются мягкие ткани. На передней поверхности левого плеча в нижней трети расположена ориентированная на 12,5 и 6,5 часах условного циферблата ссадина-царапина с западающей подсохшей красно-коричневой поверхностью, размерами 2x0,1 см. Ссадина-царапина с аналогичными характеристиками, размерами 4x0,1 см, расположена на тыльной поверхности левого предплечья в верхней трети, ориентированная на 1 и 7 часах условного циферблата» (в крови выявлен алкоголь, в моче – мепедрон).

У другого суицидента, погибшего от проникающей раны грудной клетки, были зафиксированы ещё 37 свежих прижизненно нанесённых порезов: «... на ладонной поверхности левого предплечья в верхней трети вертикальная прямолинейная рана длиной 6 см, глубиной до 0,5 см. Её поперечно пересекают аналогичные раны длиной 5, 6 и 4 см, глубина этих ран 0,1-0,2 см. На внутренней поверхности правого плеча в средней и нижней третях вертикальная прямолинейная рана длиной 8 см, глубиной до 0,2 см. У нижнего конца её горизонтальная рана длиной 3 см, глубиной 0,1 см. На ладонной и частично задней поверхностях правого предплечья в верхней трети вертикальная рана длиной 6 см, глубиной 0,2 см. Крупных сосудов по ходу ран не определяется. На тыльной поверхности правой стопы горизонтальная полосчатая ссадина 7 см, с красно-розовой, подсохшей, слегка западающей поверхностью. Непосредственно ниже от нее аналогичная полосчатая ссадина длиной 6 см, ориентированная на 1 и 7 часов условного циферблата ...» (алкоголь «←→»).

В этой группе у одного суицидента так же регистрировались следы повреждений *Третьего типа*, характерные для умышленных ран, нанесённых себе в предыдущий отдалённый период – рубцы со следами хирургической обработки и/или без них: «... на всём протяжении левого предплечья темно синяя татуировка на фоне которой множество горизон-

cause, 3 people had also traces of previous cuts from earlier times, including those with signs of surgical aid and without it.

For two people the overall picture of injuries was complemented by non-fatal cuts of the skin and soft tissues inflicted during a suicidal act (*the second type we have identified*). So, in addition to a lethal wound on the neck, one of the men had traces of fresh injuries on his hands: "... on the right lateral surface of the neck, at the border of the middle and lower thirds, there is a gaping wound of a fusiform shape, with a length of 9 cm. When flattening the edges of the wound, it has a rectilinear shape, 10 cm long, oriented almost horizontally. In the lumen of the wound, the right external jugular vein, transversely crossed by 1/2, is visible. In the middle third of the left elbow bend there is a rectilinear wound oriented at 12.5 and 6.5 hours of the conditional clock, 1.5 cm long, up to 0.4 cm deep, the bottom of which is soft tissues. On the front surface of the left shoulder in the lower third, there is an abrasion-scratch oriented at 12.5 and 6.5 hours of the conditional clock with a sunken dried red-brown surface, 2x0.1 cm in size. An abrasion-scratch with similar characteristics, 4x0.1 cm in size, is located on the back surface of the left forearm in the upper third, oriented at 1 and 7 o'clock of the conditional dial" (alcohol was detected in the blood, mephedrone was found in the urine).

Another suicide attempter who died from a penetrating wound of the chest, there were 37 fresh in vivo cuts recorded: "... on the palmar surface of the left forearm in the upper third there is a vertical rectilinear wound with a length of 6 cm up to 0.5 cm. It is transversely crossed by similar wounds that are 5, 6 and 4 cm long and 0.1-0.2 cm deep. On the inner surface of the right shoulder in the middle and lower thirds there is a vertical rectilinear wound 8 cm long and up to 0.2 cm deep. At the lower end there is a horizontal wound that is 3 cm long and 0.1 cm deep. On the palmar and partially posterior surfaces of the right forearm in the upper third there is a vertical wound 6 cm long and 0.2 cm deep. Large vessels along the wounds are not determined. On the back surface of the right foot there is a horizontal 7 cm long striped abrasion, with a red-pink, dried, slightly sinking surface. Directly below there is a similar 6 cm long

тально расположенных полосовидной формы белесых рубцов длиной от 3 см до 9 см шириной до 0,2 см с ровными контурами, на одном уровне с неизменной кожей со следами бывших швов» (алкоголь «←»)¹.

Таким образом, у трёх из десяти (30%) погибших от смертельных колото-резанных ран имелись дополнительные следы умышленных самоповреждений, в том числе нанесённых в процессе суицидального акта (2) или задолго до текущего покушения (1).

Не стали исключением и другие категории суицидентов.

В общей группе второе место по частоте выявляемых самопорезов заняло самоубийство путём прыжка с высоты (X80). Исключая раны, полученные вследствие падения тела и приведшие к смерти, самопорезы разной степени давности были выявлены у каждого пятого погибшего (20%), в том числе у 13,3% мужчин и 40% женщин. Во всех случаях порезы носили множественный характер, в том числе с охватом более одной зоны тела и/или конечности. У 3 (из 4) погибших порезы были нанесены незадолго до трагедии (свежие раны – *Тип два*): «... на ладонной поверхности левого предплечья в нижней трети, овальный, красно-фиолетовый кровоподтёк, размерами 7,5x4,5 см, с нечёткими контурами. На фоне данного кровоподтека, расположена поперечно ориентированная, прямолинейная рана № 1 (нумерация ран осуществлена в произвольном порядке, для удобства описания), длиной 5 см, с относительно ровными неосаждёнными краями. Концы раны № 1 раздвоены, остроугольные. Глубина раны 0,5 см, в дне её видны неповрежденные сухожилия сгибателей пальцев. Стенки раны ровные, отвесные, кровоподтёчные...» (алкоголь «+») у 1 из 3).

У одной женщины после падения при осмотре судебным медиком описаны типичные рубцы от прежних порезов: «... на передней поверхности правого предплечья в верхней трети (3) и на всем протяжении левого предплечья по передней поверхности (множество) горизонтальных полосовидной формы рубцов длиной от 1,5 см до 3,5 см шириной 0,2-0,5 см со следами бывших швов» (алкоголь «+»).

Таким образом, среди лиц, совершивших суицидальные прыжки, отмечено соотношение свежих порезов и рубцов – 3 : 1, при общей частоте 20%.

На третьем месте по частоте выявления порезов –

striped abrasion, oriented at 1 and 7 hours of the conditional clock ..." (alcohol "-").

In this group, one suicide attempter had traces of *Type 3 injuries*, characteristic of intentional wounds inflicted on oneself earlier – scars with and/or without traces of surgical treatment: "... throughout the left forearm there is a dark blue tattoo against the background of which a lot of horizontally located strip-shaped whitish scars 3 cm to 9 cm long and 0,2 cm deep with even contours, on the same level with intact skin with traces of former sutures "(alcohol "-")¹.

Thus, three out of ten (30%) who died from fatal stab wounds had additional traces of deliberate self-harm, including those inflicted during a suicidal act (2) or long before the current attempt (1).

Other categories of suicide attempters were no exception.

In the general group, suicide committed by jumping from a height (X80) took second place in terms of the frequency of detected self-cutting. Excluding wounds resulting from the fall of the body and leading to death, self-cuts of various degrees of prescription were detected in every fifth victim (20%), including 13.3% of men and 40% of women. In all cases, the cuts were multiple in nature, including those involving more than one area of the body and/or limb. 3 (out of 4) of the dead had cuts inflicted shortly before the tragedy (fresh wounds – *Type 2*): "... on the palmar surface of the left forearm in the lower third, an oval, red-violet bruise, 7.5x4.5 cm in size, with fuzzy contours. Against the background of this bruise, there is a transversely oriented, rectilinear wound No. 1 (the numbering of wounds is carried out in an arbitrary order, for convenience of description), 5 cm long, with relatively even, non-scaly edges. The ends of wound No. 1 are bifurcated, acute-angled. The wound is 0,5 cm deep, in the bottom of it, intact tendons of the flexor fingers are visible. The walls of the wound are even, sheer, bruising..." (alcohol "+" in 1 out of 3).

One woman, after a fall, when examined by a forensic physician, had typical scars from previous cuts: "... on the front

¹ Обращает внимание наличие татуировки, что достаточно типично для лиц с умышленными самоповреждениями. В большинстве случаев тату наносится с целью сокрытия следов самопорезов / The presence of a tattoo draws attention, which is quite typical for persons with intentional self-harm. In most cases, a tattoo is applied in order to hide traces of self-cuts.

«Самоповреждения из огнестрельного оружия» (X72-74) – 16,7%. У одного из двух, совершивших самострел мужчин, регистрировались свежие раны (*Тип два*): (34 г.) «... на передней поверхности левого предплечья в средней трети, на передней поверхности левого предплечья на границе средней и нижней трети и на передней поверхности левого предплечья в нижней трети горизонтальные параллельные линейные раны длиной от 2,5 см до 3,5 см с ровными краями острыми концами глубиной до 0,2 см до подкожно жировой клетчатки» (алкоголь «+»); у второго (40 лет) – рубцы (*Тип три*): «... на ладонной, лучевой и частично тыльной поверхностях левого предплечья во всех третях расположены многочисленные, полосовидные, горизонтальные и косогоризонтальные, местами пересекающиеся между собой белёсые, мягко-эластичные, умеренно подвижные, гладкие рубцы без видимых следов хирургических швов, размерами от 2х0,2 см до 7х0,2 см» (алкоголь «+»). Как можно отметить из описаний, в обоих случаях, как и у лиц, совершивших суицидальные прыжки, порезы носили множественный характер.

Из 10 погибших от самоотравления (5 мужчин и 5 женщин) у одной женщины (33 г.) присутствовали свежие следы самопорезов – рана и ссадины (*Тип два*): «... на ладонной поверхности левого предплечья, в средней трети, определяется прямолинейная рана длиной 2,5 см, глубиной до 0,1 см, ориентирована на 4 и 10 часов условного циферблата. Края раны ровные, неосаждённые, концы остроугольные. Стенки раны ровные, обильно пропитаны тёмной кровью. В 2 см ниже от раны, на участке 4х5 см, определяются четыре аналогично ориентированных, полосчатых ссадины, длинами (сверху вниз) 2,5 см, 3 см, 4 см и 4,5 см. Поверхность ссадин красная, подсохшая, слегка западает по отношению к уровню кожи» (алкоголь «+»).

В группе суицидентов с механической асфиксией общее количество лиц с умышленными ранениями кожи составило 17 человек (7,8%). Частота порезов среди мужчин была больше (8,3%), чем среди женщин (3,8%).

У мужчин несколько чаще (9 из 16) регистрировались следы старых самоповреждений (*Тип три*). Во всех случаях рубцы были множественные, локализовались на предплечьях рук: «... на ладонных поверхностях предплечий множественные полосчатые, преимущественно горизонтальные белёсые рубцы, от 2х0,2 см до 7х0,2 см». У каждого третьего от-

surface of the right forearm in the upper third (3) and throughout the left forearm along the front surface there are (many) horizontal strip-shaped scars 1.5 cm long, up to 3.5 cm wide and 0.2-0.5 cm deep, with traces of former seams" (alcohol "+").

Thus, among those who committed suicidal jumps, the ratio of fresh cuts and scars was 3:1, with a total frequency of 20%.

In terms of frequent detection of cuts "Self-harm from firearms" (X72-74) are marked third – 16.7%. One of the two men (aged 34) who committed suicide using firearms had fresh wounds (*Type two*): in the lower third there are horizontal parallel linear wounds with up to 2,5–3,5 cm long with smooth edges and sharp ends up to 0,2 cm from deep subcutaneous fat" (alcohol "+"); the second man (aged 40) has scars (*Type three*): "... on the palmar, radial and partially dorsal surfaces of the left forearm, in all thirds there are numerous, strip-like, horizontal and oblique-horizontal, whitish, soft-elastic, moderately intersecting in places. mobile, smooth scars without visible traces of surgical sutures, ranging in size from 2x0.2 cm to 7x0.2 cm" (alcohol "+"). As can be noted from the descriptions, in both cases, as with those who committed suicidal jumps, the cuts were of a multiple nature.

Of the 10 who died from self-poisoning (5 men and 5 women), one woman (aged 33) had fresh traces of self-cuts – a wound and abrasions (*Type two*): "... on the palmar surface of the left forearm, in the middle third, there is a rectilinear wound 2,5 cm long and up to 0.1 cm deep, oriented at 4 and 10 hours of the conditional clock. The edges of the wound are smooth, non-scaly, the ends are acute-angled. The walls of the wound are even, richly saturated with dark blood. Below the 2 cm wound, in a 4x5 cm area, four similarly oriented, striped abrasions are determined, (from top to bottom) 2,5 cm long, 3 cm, 4 cm and 4,5 cm. The surface of the abrasions is red-pink, dried up, slightly sinks in relation to the level of the skin "(alcohol "+").

In the group of suicide attempters with mechanical asphyxia, the total number of persons with intentional skin wounds was 17 people (7.8%). The frequency of cuts among men was higher (8.3%) than among women (3.8%).

In men, traces of old self-harm were

мечалось дополнительное поражение других частей тела и/или конечностей: «... имеются полосчатые рубцы с мягкими, белесыми, тускловатыми, чуть западающими поверхностями: в левом подреберье с переходом на левую половину грудной клетки косо-вертикальный 11x0,5 см, на животе 15x0,3 см, а также множественные, горизонтальные на ладонных поверхностях предплечий, длиной от 4 см до 7 см, шириной 0,2-0,5 см».

У 6 мужчин (из 16) имелись свежие раны (*Type два*), нанесённые непосредственно в предшествующий смерти период: «... на левой верхней конечности имеются множественные раны, расположенные на передней поверхности плеча в нижней трети, с переходом в локтевую ямку и на всю ладонную поверхность предплечья, количеством (15), пересекающиеся под прямым углом (по типу «решетки»), с длиной горизонтальных участков 4-7 см и вертикальных 30-35 см. Аналогичные раны вертикальные расположены в тех же отделах правой верхней конечности, количеством (12) и длиной 11-37 см, а также вертикальные, количеством (4) 15-19 см на левом бедре изнутри. Все эти раны линейные, плавно-волнисто-изогнутые, с ровными, неосаждёнными краями, остроугольными концами, с ровными, отвесными, кровоподтечными стенками, глубиной 0,1-0,3 см. Кожа вокруг ран неравномерно обпачкана пятнами засохшей крови и ее сгустками, с формированием потеков в направлении от ран сверху вниз (алкоголь «←»).

В одном случае, судя по описанию, самопорезы были нанесены за несколько часов / дней до самоубийства, что свидетельствует о протрагированности суицидального акта, и оказание человеку, пребывающему в сложной жизненной ситуации, помощи лишь в объёме хирургического пособия: «... в нижней трети левого предплечья имеется циркулярная бинтовая повязка, пропитанная веществом желто-коричневого цвета, под которой на передне-наружной поверхности в верхней трети левого предплечья имеется горизонтальная прямолинейная рана, длиной 7,5 см, на всем протяжении ушитая 6-тью узловыми шёлковыми швами. Края раны расшиты, не сращены на всем протяжении, ровные, без осаднения, концы остроугольные. Глубина её 0,5 см. На всём протяжении в мягких тканях темно-красного цвета, насыщенные кровоизлияния (как и в предыдущем случае, постмортально алкоголь не выявлен).

Таким образом, в группе мужчин, совершивших самоповешение, в структуре повреждений кожи и

slightly more common (9 out of 16) (*Type three*). In all cases, the scars were multiple, localized on the forearms of the hands: "... on the palmar surfaces of the forearms, there are multiple striped, mostly horizontal whitish scars, from 2x0.2 cm to 7x0.2 cm." Every third person had an additional lesion of other parts of the body and/or limbs: "... there are striped scars with soft, whitish, dull, slightly sunken surfaces: in the left hypochondrium with a transition to the left half of the chest, oblique 11x0.5 cm, on the abdomen 15x0, 3 cm, as well as multiple, horizontal on the palmar surfaces of the forearms, from 4 to 7 cm long, 0.2 to 0,5 cm wide.

6 men (out of 16) had fresh wounds (*Type two*) inflicted directly in the period preceding death: "... on the left upper limb there are multiple wounds located on the anterior surface of the shoulder in the lower third, with the transition to the cubital fossa and to the entire palmar the surface of the forearm, number (15), intersecting at right angles (like a "lattice"), with a length of horizontal sections of 4-7 cm and vertical 30-35 cm. Similar vertical wounds are located in the same sections of the right upper limb, the number of (12) and 11-37 cm long, as well as vertical ones, in the amount of (4) 15-19 cm on the left thigh from the inside. All these wounds are linear, smoothly wavy-curved, with even, non-scaly edges, acute-angled ends, with even, sheer, bruising walls, 0.1-0.3 cm deep. The skin around the wounds is unevenly stained with spots of dried blood and its clots, with the formation of streaks in the direction from the wounds from top to bottom (alcohol "-").

In one case, judging by the description, self-cuts were applied a few hours/days before the suicide, which indicates the protraction of the suicidal act, and the provision of assistance to a person in a difficult life situation only in the amount of surgical assistance: "... in the lower third of the left forearm there is a circular bandage impregnated with a yellow-brown substance, under which on the anterior-outer surface in the upper third of the left forearm there is a horizontal rectilinear wound, 7,5 cm sutured all over with 6 interrupted silk sutures. The edges of the wound are embroidered, not fused throughout, even, without sagging, the ends are acute-angled. Its depth is 0,5 cm. Throughout the soft tissues of a dark red

мягких тканей преобладали рубцы от старых аутоагрессивных действий (9 из 16), реже – острые ранения (7 из 16), нанесённые себе непосредственно перед смертью.

Среди 26 женщин, погибших от механической асфиксии, повреждения кожи отмечены лишь в одном случае (3,8%). При этом имелись свежие резаные раны, нанесённые непосредственно перед трагедией (*Тип два*), а так же рубцы от предыдущих самоповреждений (*Тип три*): «... на тыльной поверхности левого предплечья практически на всем протяжении определяются множественные (15) параллельные, прямолинейные раны длинами от 2,5 до 7 см, глубиной до 0,1 см, края их ровные, неосаждены, концы острые, ориентированы на 2 и 8 часов условного циферблата. Большая их часть в концевых отделах переходит в поверхностные повреждения эпидермиса с красно-розовой, подсохшей поверхностью. Также вокруг них определяются множественные горизонтальные полосчатые ссадины длинами 0,3-1 см, шириной менее 0,1 см (царапины) с красно-розовой подсохшей слегка западающей поверхностью. На ладонной поверхности левого предплечья в верхней трети определяются 2 полосчатых, горизонтальных, белесых рубца длинами по 2 см. На тыльной поверхности левого предплечья в нижней трети аналогичный вертикальный рубец длиной 1,5 см» (алкоголь «-»).

В целом, обобщая приведённые данные, острые раны от самопорезов как дополнительный травмирующий (несмертельный) элемент выявлялись у 15 суицидентов (5,5%), рубцы от прежних повреждений – у 12 (4,4%); соотношение 1:0,8. Лишь в одном случае (женщина) свежие порезы сочетались с зажившими старыми повреждениями.

Отмеченное чёткое выделение групп суицидентов по частоте острых и рубцовых ран может указывать на определённые различия в алгоритме их действий. У 15 человек острые самопорезы явились начальным этапом самоповреждения, и лишь в двух случаях дополнительные колото-резанные раны привели к летальному исходу непосредственно от данного способа самоубийства (дополнительные свежие раны выявлены у 2 из 10 погибших вследствие самопорезов). Тринадцать будущих жертв в ходе суицидального акта после нанесения себе травм выбрали другой способ, совершив самоповешение (n=8), прыжок с высоты (n=3), отравление (n=1) или самострел (n=1). То есть, эти 13 человек, начав процесс как самоповреждение, в ходе развития трагедии из-

color, saturated hemorrhages (as in the previous case, postmortem alcohol was not detected).

Thus, in the group of men who committed self-hanging, scars from old auto-aggressive actions (9 out of 16) prevailed in the structure of skin injuries, less often – acute wounds (7 out of 16) inflicted on themselves immediately before death.

Among 26 women who died from mechanical asphyxia, skin lesions were noted only in one case (3.8%). At the same time, there were fresh cut wounds inflicted immediately before the tragedies (*Type two*), as well as scars from previous self-harm (*Type three*): "... on the back surface of the left forearm, multiple (15) parallel, straight wounds from 2.5 to 7 cm long, up to 0.1 cm deep, their edges are even, not beaded, the ends are sharp, oriented at 2 and 8 hours of the conditional clock. Most of them pass into superficial lesions of the epidermis with a red-pink, dried surface in the terminal sections. Also around them there are determined multiple horizontal striped abrasions 0.3-1 cm long, less than 0.1 cm wide (scratches) with a red-pink dried slightly sinking surface. On the palmar surface of the left forearm in the upper third, 2 striped, horizontal, whitish scars 2 cm long are determined (alcohol "-").

In general, summarizing the given data, acute wounds from self-cutting as an additional traumatic (non-fatal) element were detected in 15 suicide attempters (5.5%), 12 (4.4%) had scars from previous injuries; ratio 1:0.8. Only in one case (a woman) there were fresh cuts combined with healed old injuries.

Suicide attempters groups are clearly identified by the frequency of acute and cicatricial wounds that may indicate certain differences in the algorithm of their actions. 15 people had acute self-cuts at the initial stage of self-harm, and only in two cases additional stab wounds led to death directly from this method of suicide (additional fresh wounds were found in 2 out of 10 deaths due to self-cuts). Thirteen future victims in the course of a suicide act after self-inflicted injuries chose another method, having committed self-hanging (n=8), jumping from a height (n=3), poisoning (n=1) or firearms (n=1). That is, these 13 people, having started the process as self-harm, in the course of the development of the tragedy, changed plans and chose a

менили планы и избрали более brutalный способ. И этот период, от начала повреждений до летального исхода, не у всех был коротким. Наличие свежих ран, в ряде случаев даже с элементами самопомощи или медицинского пособия, свидетельствует о достаточной длительности развивающегося процесса, в течение которого выход из стрессовой ситуации найден не был, как и не была своевременно оказана психологическая поддержка или другая помощь. Вполне допустимо предположить, что у многих из них первичные мотивы не были ориентированы на летальный исход, но сохранение в ситуации продолжающегося стресса и отсутствие помощи изменили планы личности и перевели характер самоповреждений на более летальный. Такой взгляд на данную категорию суицидентов даёт некоторые дополнительные возможности для анализа при проведении постмортальной психолого-психиатрической экспертизы, а также ставит ряд вопросов относительно возможных мер профилактики.

В группе суицидентов с рубцовыми изменениями возвращение к предыдущему алгоритму было отмечено лишь в одном случае – женщина с прежним опытом самоповреждений (имелись рубцы), после нанесения себе 15 порезов, повесилась. То есть, как и в первой группе наблюдалось изменение алгоритма и смена способа суицида после этапа самопорезов.

Большинство же лиц этой группы отказались от этапа самоповреждений, сразу избрав более летальный вариант. В этом случае отсутствие свежих ран может косвенно указывать на более быструю суицидальную динамику и более короткий временной период совершения суицидальных действий. Соответственно, меньше возможности для оказания помощи и предупреждения летального исхода. Прямой итог: люди со следами прежних самопорезов с целью добровольного ухода из жизни с большей вероятностью выберут более летальный способ самоубийства и в ходе его реализации не будут наносить себе самопорезы (исключение промежуточного этапа несмертельных самоповреждений). Безусловно, данные выводы носят предварительный и общий характер. Требуется расширение данной группы суицидентов для анализа, в том числе с более глубоким изучением всех обстоятельств их гибели, проведением постмортальной психолого-психиатрической, криминалистической и других видов экспертиз. Возможно, это будет ориентиром при планировании наших будущих исследований.

more brutal way. And this period, from the beginning of injuries to death, was not short for everyone. The presence of fresh wounds, in some cases even with elements of self-help or medical assistance, indicates a sufficient duration of the developmental process, during which a way out of a stressful situation was not found, as well as psychological support or other assistance was not provided in a timely manner. It is quite possible to assume that in many of them the primary motives were not focused on a lethal outcome, but the persistence in a situation of ongoing stress and the lack of help changed the plans of the individual and transferred the nature of self-harm to a more lethal one. Such a view of this category of suicides provides some additional opportunities for analysis during post-mortem psychological and psychiatric examination, and also raises a number of questions regarding possible preventive measures.

In the group of suicides with cicatricial changes, a return to the previous algorithm was noted only in one case – a woman with a previous experience of self-harm (there were scars indicated), after inflicting 15 cuts on herself, hanged herself. That is, as in the first group, there was a change in the algorithm and a change in the method of suicide after the stage of self-cutting.

Most of the individuals in this group abandoned the stage of self-harm, immediately choosing a more lethal option. In this case, the absence of fresh wounds may indirectly indicate a faster suicidal dynamics and a shorter time period for committing suicidal acts. Accordingly, there is less opportunity to provide assistance and prevent death. The direct result: people with traces of previous self-cutting in order to voluntarily die are more likely to choose a more lethal method of suicide and during its implementation will not self-cut themselves (excluding the intermediate stage of non-fatal self-harm). Of course, these conclusions are preliminary and general. This group of suicide attempters needs to be expanded for analysis, including with a deeper study of all the circumstances of their death, post-mortem psychological, psychiatric, forensic and other types of examinations. Perhaps this will be a guide in planning our future research.

The location of wounds and scars in

Расположение ран и рубцов при самоповреждениях в научной литературе обычно описывается достаточно типично – преобладают порезы в области предплечий недоминантной руки, реже вовлекаются другие области [12, 20, 40, 41].

В исследуемой нами группе объективное подтверждение доминантной стороны погибшего по объективным причинам было затруднено. При осмотре у всех 27 суицидентов порезы располагались в области верхних конечностей (100%) с преимущественной локализацией на предплечьях и в локтевых сгибах, реже плечах. У 14 человек (51,9%) были поражены обе руки, только слева – у 13 (48,1%); повреждений исключительно правой руки – не отмечалось (что не совсем типично, особенно для лиц с самоповреждениями в прошлом. Вероятно, это объяснимо малым числом группы исследования).

В подавляющем большинстве (24 из 27 – 88,9%) раны и рубцы носили множественный характер. Помимо предплечий дополнительными зонами ранений у 8 человек были: живот – 5, нижние конечности – 4 (бедрa – 3, стопы – 1), грудная клетка – 1 и шея – 1 (у 3 погибших регистрировалось одновременно несколько зон повреждений).

Сравнение этих данных с контингентами лиц, обращающихся за медицинской помощью, свидетельствует о некоторых различиях: у погибших отмечаются более высокие показатели *множественных* (88,9%) и *двусторонних* (51,9%) *повреждений*, в большинстве случаев, *нанесённых одномоментно*, что может указывать на значимый фактор риска суицида.

Используя данные настоящей работы, было важно оценить роль алкоголя, как дополнительного фактора, оказывающего значимое влияние на суицидальную активность и её характер. Сравнение частоты выявления алкоголя проводилось отдельно в группе погибших, не имеющих ран и рубцов от самопорезов (за исключением смертельной раны при X78), и в группе лиц со следами дополнительных самоповреждений (табл. 4).

Алкоголь в крови выявлялся у 55,6% суицидентов со следами самоповреждений, в том числе у 47,8% мужчин и 50,0% женщин. В общей массе это превышало показатель группы лиц без дополнительных ран (46,3%), но не достигало достоверных различий.

Сравнение показателей относительно способа показало, что алкоголь с различной частотой реги-

self-injury in the scientific literature is usually described quite typically – cuts in the area of the forearms of the non-dominant hand predominate, other areas are less often involved [12, 20, 40, 41].

In the group we studied, objective confirmation of the dominant side of the deceased was difficult for objective reasons. On examination, in all 27 suicides, cuts were located in the region of the upper limbs (100%) with predominant localization on the forearms and elbows, less often on the shoulders. In 14 people (51.9%), both hands were affected, only left arm was cut by 13 people (48.1%); damage to the right hand only was not noted (which is not quite typical, especially for people with self-harm in the past. This is probably explained by the small number of the study group).

In the vast majority (24 out of 27 – 88.9%), wounds and scars were of a multiple nature. In addition to the forearms, 8 people had the following areas injured: abdomen – 5, lower limbs – 4 (thighs – 3, feet – 1), chest – 1 and neck – 1 (several zones of damage were recorded in 3 dead).

Comparison of these data with the contingents of people seeking medical help indicates some differences: the dead people have higher rates of *multiple* (88.9%) and *bilateral* (51.9%) *injuries*, in most cases *inflicted simultaneously*, which may indicate a significant risk factor for suicide.

Using the data of this work, it was important to assess the role of alcohol as an additional factor that has a significant impact on suicidal activity and its nature. The frequency of alcohol detection was compared separately in the group of the deceased, who did not have wounds and scars from self-cutting (with the exception of a fatal wound in X78), and in the group of individuals with traces of additional self-harm (Table 4).

Alcohol in the blood was detected in 55.6% of suicide attempters with signs of self-harm, including 47.8% of men and 50.0% of women. In the total mass, this exceeded the figure for the group of persons without additional wounds (46.3%), but did not reach significant differences.

Comparison of indicators relative to the method showed that alcohol was recorded with different frequency among all implemented suicide options. Minimal differ-

стрировался среди всех реализованных вариантах самоубийств. Минимальные различия регистрировались в самой представительной группе – самоповешении (47,3% и 47,1% соответственно). При других способах цифры были так же сравнимы. В отдельных случаях малое число наблюдений не позволяло сделать однозначные заключения.

В целом обобщая эти данные, можно констатировать факт присутствия алкогольного опьянения у каждого второго суицидента с самопорезами. Тем не менее, лишь немного превышающие показатели относительно группы погибших без дополнительных самоповреждений, не позволяют выделить его в самостоятельный фактор риска. Вероятно, его следует рассматривать как универсальный и общий для обеих групп.

ences were recorded in the most representative group – self-hanging (47.3% and 47.1%, respectively). With other methods, the numbers were also comparable. In some cases, a small number of observations did not allow making unambiguous conclusions.

In general, summarizing these data, we can state the fact of the presence of alcohol intoxication in every second suicide with self-cutting. However, only slightly exceeding the rates relative to the group of those who died without additional self-harm do not allow it to be identified as an independent risk factor. Probably, it should be considered as universal and common for both groups.

Таблица / Table 4

Частота выявления алкоголя у суицидентов в зависимости от присутствия следов самопорезов
The frequency of detection of alcohol in suicide attempters depending on the presence of traces of self-cutting

Способ суицида Suicide method	Суициденты без дополнительных ран и рубцов от самопорезов / Suicidal without additional wounds and scars from self-cuts (n=244)						Всего Total			Суициденты со следами ран и самопорезов Suicidal with traces wounds and self-cuts (n=27)						Всего Total		
	М / М			Ж / F			n1	n2	%	М / М			Ж / F			n1	n2	%
	n1	n2	%	n1	n2	%				n1	n2	%	n1	n2	%			
X70 – Самоповешение Self-hanging	176	86	48,8	25	9	36,0	201	95	47,3	16	8	50,0	1	0	0	17	8	47,1
X80 – Самоповреждение вследствие прыжка с высоты / Self-harm due to jump from height	13	4	30,7	3	1	33,3	16	5	31,3	2	0	0	2	1	50,0	4	1	25,0
X61-69 – Самоотравление / Self-poisoning	5	2	40,0	4	1	25,0	9	3	33,3	0	0	0	1	1	100	1	1	100
X78 – Преднамеренное самоповреждение острым предметом Intentional self-harm with a sharp object	7	3	42,9	0	0	0	7	3	42,9	3	1	33,3	0	0	0	3	1	33,3
X72-74 – Самоповреждение из огнестрельного оружия Self-harm with a firearm	10	9	90,0	0	0	0	10	9	90,0	2	2	100	0	0	0	2	2	100
X83 — самоповреждения в результате других уточненных действий Self-harm due to other specified activities	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Всего: Total:	212	102	48,6	32	11	34,4	244	113	46,3	23	11	47,8	4	2	50,0	27	15	55,6

Примечание / Note: n1 – число суицидентов, n2 – число выявления алкоголя / n1 – the number of suicide attempters, n2 – the number of alcohol detection

Выводы.

1. Следы самопорезов, за исключением смертельных ножевых ранений, как основного способа суицида, регистрируются у 9,9% погибших, при минимальном различии у мужчин и женщин – 9,8% и 11,1% соответственно.

В 5,5% – это острые раны как дополнительный травмирующий элемент, нанесённый в период реализации суицидального акта, в 4,4% – рубцы от прежних повреждений. Эти группы чётко разделены, сочетание острых ран и рубцов встречается лишь в единичных случаях, что свидетельствует о двух различных алгоритмах поведения.

2. Острые и зажившие раны от самопорезов с одинаковой частотой, но регистрируются при всех основных способах самоубийства.

3. Основной зоной повреждений являются предплечья рук (100%), преимущественно слева, значительно реже – живот, нижние конечности, грудная клетка и шея. В подавляющем большинстве случаев (88,9%) раны и рубцы носят множественный характер, у каждого второго (51,9%) погибшего располагаются с двух сторон.

4. Алкоголь в крови выявляется у 55,6% суицидентов со следами самоповреждений, несколько превышая аналогичный показатель группы лиц без дополнительных ран (46,3%), что позволяет его рассматривать как универсальный и общий фактор риска для обеих групп.

5. Большинство лиц с острыми и рубцовыми ранами для реализации самоубийства избирают другой, отличный от нанесения себе колото-резанных ран, но с высокой степенью летальности, способ.

6. Полученные в ходе исследования данные указывают на важный практический вывод – более внимательный осмотр пациентов врачом любой специальности, активное выявление следов самоповреждений, суицидального поведения и изучение суицидального анамнеза – значимый элемент суицидальной превенции, позволяющий выявлять группу риска и своевременно направлять человека к специалисту в области психического здоровья.

7. Предложенное направление исследований позволяет получить значимые для клинической суицидологии, судебной медицины, криминалистики и других дисциплин данные, что указывает на важность продолжения работы.

Литература / References:

1. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив. Пер. с англ. Женева: Всемирная Организация

Conclusions.

1. Traces of self-cutting, with the exception of fatal stab wounds, as the main method of suicide, are recorded in 9.9% of the dead, with a minimal difference in men and women – 9.8% and 11.1%, respectively.

In 5.5% there are acute wounds as an additional traumatic element inflicted during the implementation of the suicidal act, in 4.4% there were scars from previous injuries. These groups are clearly separated, the combination of acute wounds and scars occurs only in isolated cases, which indicates two different behavioral algorithms.

2. Acute and healed wounds from self-cutting with unequal frequency, but are recorded with all major methods of suicide.

3. The main zone of damage is the forearms (100%), mainly on the left, much less often the abdomen, lower limbs, chest and neck are injured. In the vast majority of cases (88.9%), wounds and scars are multiple in nature; in every second (51.9%) of the deceased, they are located on both sides.

4. Alcohol in the blood is detected in 55.6% of suicide attempters with traces of self-harm, slightly higher than in the group of persons without additional wounds (46.3%), which will allow it to be considered as a universal and common risk factor for both groups.

5. Most people with acute and cicatricial wounds choose another way to commit suicide, different from inflicting stab wounds on themselves, but with a high degree of lethality.

6. The data obtained during the study point to an important practical conclusion – a more careful examination of patients by a doctor of any specialty, active identification of traces of self-harm, suicidal behavior and the study of suicidal history – a significant element of suicide prevention, which allows identifying a risk group and promptly referring a person to a specialist in the field mental health.

7. The proposed direction of research allows to obtain significant data for clinical suicidology, forensic medicine, forensic science and other disciplines, which indicates the importance of continuing work.

- Здравоохранения, 2014. 97 с. [Suicide prevention: A Global Imperative. Trans. from English. Geneva: World Health Organization, 2014. 97 p.] (In Russ)

2. Положий Б.С., Васильев В.В., Каменщиков Ю.Г. Влияние социально-экономических и психопатологических факторов на динамику суицидальной смертности в Удмуртской Республике. *Академический журнал Западной Сибири*. 2021; 17 (1): 5-14. [Polozhy B.S., Vasiliev V.V., Kamenshchikov Yu.G. The influence of socio-economic and psychopathological factors on the dynamics of suicidal mortality in the Udmurt Republic. *Academic Journal of West Siberia*. 2021; 17 (1): 5-14.] (In Russ)
3. Торкунов П.А., Положий Б.С., Рыбакина А.В., Рагозина Н.П., Литус С.Н., Шабанов П.Д., Земляной А.В. Анализ суицидальной активности жителей Псковской области и факторов, влияющих на её динамику. *Девантология*. 2020; 4 (1): 33-44. DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-33-44 [Torkunov P.A., Polozhy B.S., Rybakina A.V., Ragozina N.P., Litus S.N., Shabanov P.D., Zemlyanoy A.V. Analysis of suicidal activity of Pskov region residents and factors affecting its dynamics. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (1): 33-44. DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-33-44] (In Russ)
4. Давидовский С.В., Игумнов С.А., Костюк Д.Д. Социально-демографические и индивидуально - психологические особенности лиц, мотивированных к совершению суицида. *Академический журнал Западной Сибири*. 2022; 18 (1): 34-37. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-34-37 [Davydovsky S.V., Igumnov S.A., Kostyuk D.D. Socio-demographic and individual psychological characteristics of persons motivated to commit suicide. *Academic Journal of West Siberia*. 2022; 18 (1): 34-37. DOI: 10.32878/siberia.22-18-01(94)-34-37] (In Russ)
5. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Суицидология в учебе и практике медицинского персонала. *Академический журнал Западной Сибири*. 2020; 16 (3): 31-34. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Suicidology in the study and practice of medical personnel. *Academic Journal of West Siberia*. 2020; 16 (3): 31-34.] (In Russ)
6. Байкова М.А., Сомкина О.Ю., Лукашук А.В., Меденцева Т.А. Алкогольная зависимость как вариант личной аутоагрессии (обзор литературы данных). *Научный форум. Сибирь*. 2016; 2 (1): 46-50. [Baykova M.A., Somkina O.Yu., Lukashuk A.V., Medentseva T.A. Alcohol dependence as a variant of personal autoaggression (review of literature data). *Scientific Forum. Siberia*. 2016; 2 (1): 46-50.] (In Russ)
7. Wasserman D, Carli V, Iosue M, Javed A, Herrman H. Suicide prevention in psychiatric patients. *Asia Pac Psychiatry*. 2021 Sep; 13 (3): e12450. DOI: 10.1111/appy.12450. PMID: 33605074
8. Сомкина О.Ю. Гендерный аутоагрессивный профиль зависимых от алкоголя лиц. *Девантология*. 2018; 2 (2): 30-37. [Somkina O.Y. Gender autoaggressive profile of alcohol addicts. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (2): 30-37.] (In Russ)
9. Любов Е.Б., Сахаров А.В., Яхьяева П.К. и др. Клинико - эпидемиологическое исследование больных резистентной депрессией с суицидальным риском: предварительные результаты. *Академический журнал Западной Сибири*. 2022; 18 (1): 30-34. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-30-34 [Lyubov E.B., Sakharov A.V., Yakhyayeva P.K., et al. Clinical and epidemiological study of patients with resistant depression with suicidal risk: preliminary results. *Academic Journal of West Siberia*. 2022; 18 (1): 30-34. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-30-34] (In Russ)
10. Розанов В.А., Прокопович Г.А., Лодягин А.Н., Синенченко А.Г. Современные модели суицидального поведения подростков и молодежи – значение для практического здравоохранения. *Девантология*. 2020; 4 (1): 45-54. DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-45-54 [Rozanov V.A., Prokopovich G.A., Lodiagin A.N., Sinenchenko A.G. Recent models explaining suicidal behaviours in adolescents and young adults: importance for health care. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (1): 45-54. DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-45-54] (In Russ)
11. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012 Jun 23; 379 (9834): 2373-2382. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5
12. Суицидальные и несуйцидальные самоповреждения подростков / Коллективная монография. Под редакцией проф. П.Б. Зотова. Тюмень: Вектор Бук, 2021. 472 с. ISBN 978-5-91409-537-3 [Suicidal and non-suicidal self-harm of adolescents / Collective monograph. Edited by Prof. P.B. Zotov. Tyumen: Vector Book, 2021. 472 p. ISBN 978-5-91409-537-3] (In Russ)
13. Brown R.C., Plener P.L. Non-suicidal self-injury in adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017 Mar; 19 (3): 20. DOI: 10.1007/s11920-017-0767-9. PMID: 28315191
14. Ystgaard M., Reinholdt N.P., Husby J., Mehlum L. Deliberate self-harm in adolescents. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2003 Aug 28; 123 (16): 2241-2245.
15. Morey C., Corcoran P., Arensman E., Perry I. The prevalence of self-reported deliberate self-harm in Irish adolescents. *J. BMC Public Health*. 2008 Feb 28; 8: 79. DOI: 10.1186/1471-2458-8-79
16. Madge N., Hewitt A., Hawton K., de Wilde E.J., Corcoran P., Fekete S., van Heeringen K., De Leo D., Ystgaard M. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Jun; 49 (6): 667-677. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
17. Ворсина О.П. Суицидальные попытки детей и подростков, госпитализированных в психиатрический стационар г. Иркутска. *Уральский медицинский журнал*. 2011; 11 (89): 5-7. [Vorsina O.P. Suicide attempts of the children and adolescents psychiatric hospital in Irkutsk. *Ural medical journal*. 2011; 11 (89): 5-7.] (In Russ)
18. Зарипова Г., Кадеров А. Суицидальные тенденции в поведении несовершеннолетних. *Законность*. 2007; 10 (876): 40-42. [Zaripova G., Kaderov A. Suicidal tendencies in the behavior of children. *Legality*. 2007; 10 (876): 40-42.] (In Russ)
19. Штаньков С.И., Мытыга П.Г., Голышев В.Ю., Малева С.С. Особенности поведения суицидентов в г. Воронеже. *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. 2019; 76: 33-38. [Stankov S.I., Motiga P.G., Golyshv V.Y., Maleva S.S. Behaviors of suicides in the city of Voronezh. *Scientific and medical Bulletin of the Central Chernozem region*. 2019; 76: 33-38.] (In Russ)
20. Скрябин Е.Г., Зотов П.Б. Основные характеристики умышленных самоповреждений у детей и подростков в Тюмени (Западная Сибирь). *Академический журнал Западной Сибири*. 2020; 16 (3): 62-64. [Scriabin E.G., Zotov P.B. The main characteristics of intentional self-cutting in children and adolescents in Tyumen (Western Siberia). *Academic Journal of West Siberia*. 2020; 16 (3): 62-64.] (In Russ)

21. Kidger J., Heron J., Lewis G., Evans J., Gunnell D. Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England. *BMC Psychiatry*. 2012 Jun 27; 12: 69. DOI: 10.1186/1471-244X-12-69
22. Jeong S.H., Gu J.H., Kim W.K. Analysis of Self-Inflicted Lacerations to the Wrist: A Multi-Disciplinary Approach to Treating. *J Hand Surg Asian Pac Vol*. 2020 Mar; 25 (1): 47-53. DOI: 10.1142/S242483552050006X
23. Hawton K., Bergen H., Kapur N., Cooper J., Steeg S., Ness J., Waters K. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Dec; 53 (12): 1212-1219. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x
24. Hawton K., Bale L., Brand F., Townsend E., Ness J., Waters K., Clements C., Kapur N., Geulayov G. Mortality in children and adolescents following presentation to hospital after non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a prospective observational cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Feb; 4 (2): 111-120. DOI: 10.1016/S2352-4642(19)30373-6
25. Chen V.C., Tan H.K., Cheng A.T., Chen C.Y., Liao L.R., Stewart R., Dewey M., Prince M. Non-fatal repetition of self-harm: population-based prospective cohort study in Taiwan. *Br J Psychiatry*. 2010 Jan; 196 (1): 31-35. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.067009
26. Зыков В.В., Юрков С.А., Зорин С.Л. Способы совершения самоубийств в Кировской области / В сб.: Общество. Наука. Инновации (НПК-2019). Сб. статей XIX Всеросс. научно-практической конф.: в 4-х томах. 2019. С. 185-190. [Zykov V.V., Yurkov S.A., Zorin S.L. Ways of committing suicide in the Kirov region / In sat.: Society. The science. Innovation (NPC-2019). Collection of articles of the XIX all-Russian scientific and practical conference: in 4 volumes. 2019. Pp. 185-190.] (In Russ)
27. Зотов П.Б., Бузик О.Ж., Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П. Способы завершённых суицидов: сравнительный аспект. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 3 (100): 62-66. [Zotov P.B., Buzik O.Zh., Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotova E.P. Methods of completed suicides: a comparative aspect. *Siberian Bulletin of psychiatry and narcology*. 2018; 3 (100): 62-66.] (In Russ)
28. Миронец Е.Н., Петров Г.П. Медико-статистический анализ завершённых суицидов в Чувашской республике за 1992-1996 гг. *Проблемы экспертизы в медицине*. 2001; 1 (3): 30-32. [Mironets E.N., Petrov G.P. Medical and statistical analysis of completed suicides in the Chuvash Republic for 1992-1996. *Problems of expertise in medicine*. 2001; 1 (3): 30-32.] (In Russ)
29. Чубина С.А., Антипова Н.М., Куликов А.Н. Клинико-эпидемиологический анализ суицидального поведения в Тульской области. Мат. XVI Съезда психиатров России. Всеросс. научно-практ. конф. "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы". Тула, Москва: Альта Астра, 2015. 922 с. [Chubina S.A., Antipova N.M., Kulikov A.N. Clinical and epidemiological analysis of suicidal behavior in the Tula region. Mat. XVI Congress of psychiatrists of Russia. All-Russian scientific and practical conference "Psychiatry at the stages of reform: problems and prospects". Tula, Moscow: Alta Astra, 2015. 922 p.] (In Russ)
30. Кирпиченко А.А., Барышев А.Н. Суицидальное поведение подростков г. Витебска и Витебской области. *Вестник Витебского государственного медицинского университета*. 2015; 14 (2): 77-82. [Kirpichenko A.A., Baryshev A.N. Suicidal behavior of teenagers in Vitebsk and the Vitebsk region. *Bulletin of the Vitebsk state medical University*. 2015; 14 (2): 77-82.] (In Russ)
31. Quinn P., Surgenor P., McGilloway S. An exploratory service-based study of Deliberate Self-Harm (DSH) in Ireland: 'A hidden population'? *Ir Med J*. 2017 May 10; 110 (5): 561.
32. Михайлова Н.Ю., Голенков А.В. Анализ посмертных комплексных судебных психолого - психиатрических экспертиз, связанных с самоубийствами. *Девиянтология*. 2020; 4 (2): 46-53. [Mikhaylova N.Yu., Golenkov A.V. Analysis of post-mortal forensic psychological and psychiatric examinations related to suicide. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (2): 46-53.] (In Russ)
33. Lahti A., Harju A., Hakko H., Riala K., Räsänen P. Suicide in children and young adolescents: a 25-year database on suicides from Northern Finland. *J Psychiatr Res*. 2014 Nov; 58: 123-128. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.07.020
34. Зотов П.Б., Кузнецов П.В., Юшкова О.В., Десяткова И.Е. Суициды на юге Тюменской области в 2009-2010 гг. *Тюменский медицинский журнал*. 2012; 2: 27-28. [Zotov P.B., Kuznetsov P.V., Yushkova O.V., Desyatova I.E. Suicides in the south of the Tyumen region in 2009-2010. *Tyumen Medical Journal*. 2012; 2: 27-28.] (In Russ)
35. Демографический ежегодник России. 2015: Стат. сб. / Росстат. М., 2015. 263 с. [Demographic 24Yearbook of Russia. 2015: Stat. sat. / Rosstat. M., 2015. 263 p.] (In Russ)
36. Демографический ежегодник России. 2019: Стат.сб. / Д 31 Росстат. М., 2019. 252 с. [Demographic Yearbook of Russia. 2019: Stat.sat. / D 31 Rosstat. M., 2019. 252 p.] (In Russ)
37. Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П., Быкова А.А., Лончакова И.В. Завершённые суициды: соотношение мужчин и женщин. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 76-77. [Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotova E.P., Bykova A.A., Lonchakova I.V. Completed suicides: the ratio of men and women. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 76-77.] (In Russ)
38. Зотов П.Б., Шидин В.А., Калашников А.А., Хохлов М.С., Спадерова Н.Н. Суицидальные действия в г. Тобольске в 2010-2020 гг. (Западная Сибирь). *Девиянтология*. 2021; 5 (1): 48-57. DOI: 10.32878/devi.21-5-01(8)-48-57 [Zotov P.B., Shidin V.A., Kalashnikov A.A., Khokhlov M.S., Spaderova N.N. Suicidal actions in Tobolsk in 2010-2020 (Western Siberia). *Deviant Behavior (Russia)*. 2021; 5 (1): 48-57. DOI: 10.32878/devi.21-5-01(8)-48-57] (In Russ)
39. Разводовский Ю.Е. Потребление крепкого алкоголя и суициды в России. *Академический журнал Западной Сибири*. 2021; 17 (1): 14-17. [Razvodovsky Yu.E. Consumption of strong alcohol and suicides in Russia. *Academic Journal of West Siberia*. 2021; 17 (1): 14-17.] (In Russ)
40. Kisch T., Matzkeit N., Waldmann A., Stang F., Krämer R., Schweiger U., Mailänder P., Westermair A.L. The Reason Matters: Deep Wrist Injury Patterns Differ with Intentionality (Accident versus Suicide Attempt). *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2019 May 1; 7 (5): e2139. DOI: 10.1097/GOX.0000000000002139
41. Sgardello S.D., Christodoulou M., Abbassi Z. Anatomy of a Suicide: A Case Report. *Am J Case Rep*. 2019 Dec 3; 20: 1801-1804. DOI: 10.12659/AJCR.917993

SELF-CUTS OF DEAD BY SUICIDE: MAIN AND ASSOCIATED CHARACTERISTICS

*P.B. Zotov, E.G. Skryabin, A.A. Kalashnikov,
M.A. Akselrov, O.A. Kicherova, M.N. Ponomareva,
A.G. Bukhna, A.B. Prilensky, S.S. Yudina*

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Regional clinical hospital № 2, Tyumen, Russia
Regional Bureau of Forensic Medical Examination, Tyumen
Regional clinical hospital № 1, Tyumen, Russia

Abstract:

The article presents post mortem analysis of self-cuts made by 271 people who died from suicide (235 men and 36 women aged 11 to 91, M : F ratio – 6.5 : 1). It is shown that acute wounds and traces of self-cutting, with the exception of fatal stab wounds as the main method of suicide, are recorded in 9.9% of the dead, with a minimal difference in men and women – 9.8% and 11.1% respectively. In 5.5%, these are acute wounds as an additional traumatic element inflicted during the implementation of a suicidal act, in 4.4% there are scars from previous self-harm. These groups are clearly separated, the combination of acute wounds and scars occurs only in isolated cases, which indicates two different behavioral algorithms. The main area of damage is the forearms (100%), the abdomen, lower limbs, chest and neck are much less often damaged. In most cases (88.9%), wounds and scars are multiple in nature; every second (51.9%) of the deceased has them located on both sides of the body. Alcohol in the blood is detected in 55.6% of suicide attempters with traces of self-harm, slightly higher than in the group of persons without additional wounds (46.3%), which will allow it to be considered as a universal and common risk factor for both groups. Most people with acute and cicatricial wounds choose another way to commit suicide, different from self-inflicted stab wounds, but with a high degree of lethality. The authors *conclude* that the data obtained during the study indicate an important practical conclusion – a more careful examination of patients by a doctor of any specialty, active identification of traces of self-harm, suicidal behavior and the study of suicidal anamnesis are significant elements of suicide prevention as they allow to identify a risk group and refer the person to a mental health professional in a timely manner. The proposed direction of research allows to obtain significant data for clinical suicidology, forensic medicine, forensic science and other disciplines, which indicates the importance of continuing work.

Keywords: suicide, self-cutting, self-harm, wounds

Вклад авторов:

П.Б. Зотов: разработка дизайна исследования, анализ полученных данных, написание и редактирование текста рукописи;
Е.Г. Скрябин: анализ полученных данных, написание текста рукописи;
А.А. Калашников: получение данных для анализа;
М.А. Аксельров: обзор публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи;
О.А. Кичерова: обзор публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи;
М.Н. Пономарёва: обзор публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи;
А.Г. Бухна: обзор публикаций по теме статьи;
А.Б. Приленский: обзор публикаций по теме статьи;
С.С. Юдина: статистический анализ.

Authors' contributions:

P.B. Zotov: developing the research design, analysis of the obtained data, article writing, article editing;
E.G. Skryabin: analysis of the obtained data, article writing;
A.A. Kalashnikov: obtaining data for analysis;
M.A. Akselrov: reviewing relevant publications, article editing;
O.A. Kicherova: reviewing relevant publications, article editing;
M.N. Ponomareva: reviewing relevant publications, article editing;
A.G. Bukhna: reviewing relevant publications;
A.B. Prilensky: reviewing relevant publications;
S.S. Yudina: statistical analysis.

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 09.11.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 20.12.2022.

Для цитирования: Зотов П.Б., Скрябин Е.Г., Калашников А.А., Аксельров М.А., Кичерова О.А., Пономарева М.Н., Бухна А.Г., Приленский А.Б., Юдина С.С. Самоповрезы у погибших от суицида: основные и ассоциированные характеристики. *Суицидология*. 2022; 13 (4): 58-79. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-58-79

For citation: Zotov P.B., Skryabin E.G., Kalashnikov A.A., Akselrov M.A., Kicherova O.A., Ponomareva M.N., Bukhna A.G., Prilensky A.B., Yudina S.S. Self-cuts of dead by suicide: main and associated characteristics. *Suicidology*. 2022; 13 (4): 58-79. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-58-79 (In Russ / Engl)

САМОУБИЙСТВА В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (по данным электронных СМИ в 2002-2021 гг.)

В.А. Козлов, А.В. Голенков, Д.А. Иванова, Е.К. Бахман

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

SUICIDES IN THE CHUVASH REPUBLIC (according to electronic media in 2002-2021)

V.A. Kozlov, A.V. Golenkov,
D.A. Ivanova, E.K. Bakhman

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Republican Children's Clinical Hospital, Cheboksary, 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». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 45. Телефон: +7 (903) 379-56-44, электронный адрес: pooh12@yandex.ru

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Researcher ID: C-4806-2019; ScopusAuthorID: 36096702300). Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6; БУ «Республиканская детская клиническая больница». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (905) 197-35-25, электронный адрес: golenkovav@inbox.ru

Иванова Дарья Альбертовна – студентка (SPIN-код: 3040-0302, AuthorID: 1152680; ORCID iD: 0000-0001-7516-776X). Место учёбы: ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский пр., 15. Электронный адрес: dashken690@yandex.ru

Бахман (Никонорова) Екатерина Константиновна – студент (SPIN-код: 4648-7303, AuthorID: 1158213; ORCID iD: 0000-0002-2605-2525). Место учёбы: ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский пр., 15. Электронный адрес: nikkaty021@mail.ru

Information about the authors:

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

Golenkov Andrei Vasilevich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 7936-1466; Researcher ID: C-4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Place of work and position: Head of the Department of Psychiatries, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulyanov Chuvash State University. Address: 6 Pirogov Str., Cheboksary, Russia; Republican Children's Clinical Hospital. Address: 15 Moskovsky Prospect, Cheboksary, Russia. Phone: +7 (905) 197-35-25, email: golenkovav@inbox.ru

Ivanova Daria Albertovna – student (SPIN-code: 3040-0302, AuthorID: 1152680; ORCID iD: 0000-0001-7516-776X). Place of study: student of I.N. Ulyanov Chuvash State University. Address: 6 Pirogov Str., Cheboksary, Russia. Email: dashken690@yandex.ru

Bakhman (Nikonorova) Ekaterina Konstantinovna – student (SPIN-code: 4648-7303, AuthorID: 1158213; ORCID iD: 0000-0002-2605-2525). Place of study: student of I.N. Ulyanov Chuvash State University. Address: 6 Pirogov Str., Cheboksary, Russia. Email: nikkaty021@mail.ru

Цель исследования: изучить структуру, динамику и мотивы завершённых самоубийств в Чувашии с 2002 по 2021 гг. *Материалы и методы.* В электронных средствах массовой информации Чувашской Республики за 20 лет (2002-2021 гг.) удалось собрать информацию о 409 случаях (мужчин – 281, женщин – 128) самоубийств (от 2 до 54 случаев в год), совершённых лицами в возрасте от 11 до 93 лет (средний возраст – 35,8 ± 16,9 года). На каждый случай самоубийства выписывались демографические показатели (пол, возраст), наличие психических расстройств, употребление алкоголя, вероятные причины (мотивы). *Результаты.* Большинство (78,2%) самоубийц было в трудоспособном возрасте (18-59

лет). Самым распространенным способом добровольного ухода из жизни оказалось повешение (54,5%), которое встречалось чаще у мужчин (59,4% vs 43,8% у женщин), особенно в группе 18-59 лет. Затем следовали прыжки (падение) с высоты (30,6%); здесь среди самоубийц уже лидировали женщины (43,8% vs 24,6% у мужчин). На остальные способы самоубийств в сумме приходилось около 15%. При этом выделялись случаи ухода из жизни с помощью огнестрельного оружия, к которому прибегали только мужчины (7,5%). Из причин самоубийств лидировали (28,3%) конфликты в межличностных взаимоотношениях. Особенно значимым был разрыв отношений с противоположным полом для девушек, в результате которого они совершали самоубийство (41,1% vs 18,2% у мужчин). Почти в половине случаев (48,2%) мотивы ухода из жизни установить не удалось. У мужчин к самоубийству чаще приводили различные административные наказания (7,4%), а у женщин – поведение окружающих с доведением их до самоубийства (6,3% vs 1,8% у мужчин). Психические расстройства у суицидентов встретились в единичных случаях (2%), опьянение – несколько чаще (13%). Повешение в последнее десятилетие в репортажах журналистов упоминалось значительно реже (64,4% vs 45,6% в 2012-2021 гг.), а прыжки с высоты – в два с лишним раза чаще (40,9% vs 19,1%). *Заключение.* За прошедшие 20 лет уменьшился возраст суицидентов, несколько изменилась структура методов самоубийств и их причины. Нужны дополнительные исследования для разработки эффективных профилактических программ самоубийств в республике.

Ключевые слова: самоубийство, демография, причины, Чувашия (Чебоксары)

Самоубийства являются ведущей среди 10 причин смерти людей в Европейском регионе, куда входит и Россия [1]. Согласно сведениям, более одной (1,4%) из каждых 100 смертей произошло от самоубийств [2]. Выявление их причин остаётся не простой задачей из-за сложного взаимодействия медико-психологических, социально-демографических и прочих факторов [3]. Известно, что уровень самоубийств, как правило, выше среди представителей мужского пола и лиц старших возрастных групп [4], но сильно колеблется среди стран и в динамике [5]. Для мужчин и женщин большинство методов самоубийств примерно одинаковые [6], однако они могут варьировать в различных популяционных группах [7], поэтому необходим периодический мониторинг суицидологической обстановки на местном, региональном и мировом (континентальном, страновом) уровне [8].

Вышеперечисленные факты в полной мере характерны и для субъектов Российской Федерации [1, 9]. Наши предыдущие исследования в Чувашии (Чебоксарах) показали особенности распространённости самоубийств в половозрастных группах, местах проживания людей, среди больных с психическими (наркологическими) расстройствами [10-15]. Были описаны способы суицидального поведения, обсуждались связи с приёмом алкоголя, днями недели, временами года, микроритмами и др. [16, 17]. Удалось рассчитать примерные экономические потери от самоубийств в республике [13]. Однако с тех пор прошло около 20 лет и многие данные устарели и требуют обновления. Это необходимо для оценки суицидологической обстановки в регионе и совершенствования мероприятий по её улучшению.

Suicide is the leading among the 10 causes of death in the European Region, which includes Russia [1]. More than one (1.4%) of every 100 deaths has been reported to be due to suicide [2]. Identification of their causes remains not an easy task due to the complex interaction of medical-psychological, socio-demographic and other factors [3]. It is known that suicide rates tend to be higher among males and older age groups [4], but vary greatly across countries and over time [5]. For men and women, most suicide methods are approximately the same [6], however, they can vary in different population groups [7], therefore, periodic monitoring of the suicidal situation at the local, regional and global (continental, country) level is necessary [8].

The above facts are fully characteristic of the constituent entities of the Russian Federation [1, 9]. Our previous studies in Chuvashia (Cheboksary) showed the prevalence of suicides in gender and age groups, places of residence of people, among patients with mental (drug) disorders [10-15]. Methods of suicidal behavior were described, and connections with alcohol intake, days of the week, seasons, microrhythms, etc. were discussed [16, 17]. It was possible to calculate the approximate economic losses from suicide in the republic [13]. However, about 20 years have passed since then, and many of the data are outdated and require updating.

Цель исследования: изучить структуру, динамику и мотивы завершённых самоубийств в Чувашии с 2002 по 2021 гг.

Материалы и методы.

В электронных средствах массовой информации (СМИ) Чувашской Республики за 20 лет (2002-2021 гг.) удалось собрать информацию о 409 случаях самоубийств (от 2 до 54 случаев в год), совершённых лицами в возрасте от 11 до 93 лет (средний возраст – 35,8±16,9 года), среди которых женщин было 128 человек (12-93; средний возраст – 33,7±17,8), мужчин – 281 (11-91; средний возраст – 36,8±16,4).

На каждый случай самоубийства выписывались социально-демографические показатели, способы ухода из жизни, наличие психических расстройств, употребление алкоголя, вероятные причины и мотивы. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики, χ^2 -распределения и t-критерия.

Результаты исследования.

Как видно из табл. 1, большинство (78,2%) самоубийц было в трудоспособном возрасте (18-59 лет). Соотношение мужчин и женщин в трех возрастных группах достоверно не различалось ($\chi^2=1,439$; $p=0,486$), как и их средний возраст ($t=1,72$; $p=0,085$).

Таблица / Table 1

Распределение суицидентов по полу и возрасту
Distribution of suicide attempters by sex and age

Возраст Age groups	Оба пола Both sexes		Мужчины Male		Женщины Female	
	n	%	n	%	n	%
До 18 лет Under 18 year	44	10,8	27	9,6	17	13,3
19-59 лет 19-59 years old	320	78,2	224	79,8	96	75
60 и старше 60 and older	45	11	30	10,6	15	11,7
Всего Total	409	100,0	281	100,0	128	100

Как видно из табл. 2, самым распространённым способом добровольного ухода из жизни оказалось повешение (54,5%), которое встречалось чаще у мужчин (59,4% vs 43,8% у женщин; $\chi^2=8,721$; $df=1$; $p=0,003$), особенно в группе 18-59 лет ($\chi^2=17,336$; $df=2$; $p<0,001$). Затем следовали прыжки (падение) с высоты (30,6%); здесь среди самоубийц уже лидировали женщины (43,8% vs 24,6% у мужчин; $\chi^2=15,268$;

This is necessary to assess the suicidological situation in the region and improve measures to improve it.

The aim of the study: to study the structure, dynamics and motives of completed suicides in Chuvashia from 2002 to 2021.

Materials and methods.

In the electronic media (media) for 20 years (2002-2021) of the Chuvash Republic it was possible to collect information on 409 cases of suicide (from 2 to 54 cases per year) committed by persons aged 11 to 93 years (average age – 35.8±16.9 years), among which there were 128 women (12-93; average age – 33.7±17.8), men – 281 (11-91; average age – 36.8±16, four).

For each case of suicide, socio-demographic indicators, ways of ending life, the presence of mental disorders, alcohol use, probable causes and motives were written out. Mathematical and statistical processing was carried out using descriptive statistics, χ^2 -distribution and t-criterion.

Research results.

As can be seen from Table. 1, the majority (78.2%) of suicides were of working age (18-59 years of age). The ratio of men and women in the three age groups did not differ significantly ($\chi^2=1.439$; $p=0.486$), as did their average age ($t=1.72$; $p=0.085$).

As can be seen from Table. 2, the most common way of voluntary death was hanging (54.5%), which was more common for men (59.4% vs 43.8% in women; $\chi^2=8.721$; $df=1$; $p=0.003$), especially in the group of 18-59 years old ($\chi^2=17.336$; $df=2$; $p<0.001$). This was followed by jumping (falling) from a height (30.6%); here women were already in the lead among suicides (43.8% vs 24.6% in men; $\chi^2=15.268$; $df=1$; $p<0.001$). High-rise residential buildings of various heights (from the 3rd to the 18th floor) were most often chosen as places for committing suicides, bridges and other buildings were much less common. The other methods of suicide accounted for about 15% in total. At the same time, there were cases of death with the help of fire-

df=1; p<0,001). В качестве мест для совершения самоубийств чаще всего выбирались высотные жилые здания различной этажности (с 3 по 18 этаж), значительно реже мосты и другие постройки. На остальные способы самоубийств в сумме приходилось около 15%. При этом выделялись случаи ухода из жизни с помощью огнестрельного оружия, к которому прибегали только мужчины (7,5% vs 0% у женщин; $\chi^2=8,607$; df=1; p=0,003); данный способ также не встретился нам у несовершеннолетних лиц. Как правило, использовались охотничьи ружья; табельное и самодельное оружие упоминалось в единичных репортажах.

Таблица / Table 2

Способы самоубийства в двух сравниваемых группах, %
Methods of suicide in two compared groups, %

Способ самоубийства Method of suicide	Всего Total	Мужчины Male	Женщины Female
Самоповешение Self-hanging	54,5	59,4	43,8
Падение с высоты Falling from height	30,6	24,6	43,8
Огнестрельное оружие Gunshot	5,1	7,5	–
Колюще-режущие предметы Sharp Implement	2,0	1,8	2,3
Самоподжог Self-arson	1,5	1,8	0,8
Прыжок под поезд Jump under a train	1,5	1,1	2,3
Отравление таблетками Poisoning with pills	1,0	0,4	2,3
Утопление Drowning	0,5	0,4	0,8
Прочие методы Other methods	3,4	3,2	3,9
Всего Total	100,0	100,0	100,0

Из причин самоубийств лидировали (28,3%) конфликты в межличностных взаимоотношениях. Особенно значимым был разрыв отношений с противоположным полом для девушек, в результате которого они совершали самоубийство (41,1% vs 18,2% у мужчин; $\chi^2=4,773$; df=1; p=0,032). Почти в половине случаев (48,2%) мотивы ухода из жизни установить не удалось.

arms, which were resorted to only by men (7.5% vs 0% in women; $\chi^2=8.607$; df=1; p=0.003); this method also did not occur to us in minors. As a rule, hunting rifles were used; standard-issue and home-made weapons were mentioned in single reports.

Of the causes of suicide, conflicts in interpersonal relationships were the leading cause (28.3%). Particularly significant was the break in relations with the opposite sex for girls, as a result of which they committed suicide (41.1% vs 18.2% in men; $\chi^2=4.773$; df=1; p=0.032). In almost half of the cases (48.2%), the motives for leaving life could not be established.

Mental disorders in suicide attempters occurred in isolated cases (2%), intoxication – somewhat more often (13%). In men, suicide was more often caused by various administrative punishments (7.4% vs 0% in women; $\chi^2=8.607$; df=1; p=0.003), and in women, the behavior of others leading them to commit suicide (6.3% vs 1.8% in men; $\chi^2=7.256$; df=1; p=0.007).

Comparison of suicides in 2002-2011 and 2012-2021 showed a significant difference in suicide methods ($\chi^2=23.508$; df=3; p<0.001). Hanging was mentioned much less frequently in reports in the last decade (64.4% vs 45.6% in 2012-2021; $\chi^2=14.616$; df=1; p<0.001), while jumping from a height was mentioned more than twice more often (40.9% vs 19.1% in 2002-2021; $\chi^2=22.959$; df=1; p<0.001). Post-homicidal (post-criminal) suicides began to be recorded more often (n=18) [18, 19].

Discussion.

The sample of 409 suicide attempters collected in the electronic media is representative for Chuvashia (95% confidence probability of a sample of 384 people for 1,313,754 residents of the Chuvash Republic in 2002 and 1,186,909 in 2021; with a confidence interval of 5%)². There were significantly more urban residents among suicides (83.9%) than in the population of the republic as a whole (65%). Although there were more

²Sample size calculator: <https://www.questionstar.ru/statiy/calculator-size-viborki>

Психические расстройства у суицидентов встретились в единичных случаях (2%), опьянение – несколько чаще (13%). У мужчин к самоубийству чаще приводили различные административные наказания (7,4% vs 0% у женщин; $\chi^2=8,607$; $df=1$; $p=0,003$), а у женщин – поведение окружающих с доведением их до самоубийства (6,3% vs 1,8% у мужчин; $\chi^2=7,256$; $df=1$; $p=0,007$).

Сравнение самоубийств в 2002-2011 гг. и 2012-2021 гг. показало существенное различие в способах самоубийств ($\chi^2=23,508$; $df=3$; $p<0,001$). Повешение в последнее десятилетие в репортажах упоминалось значительно реже (64,4% vs 45,6% в 2012-2021 гг.; $\chi^2=14,616$; $df=1$; $p<0,001$), а прыжки с высоты – в два с лишним раза чаще (40,9% vs 19,1% в 2002-2021; $\chi^2=22,959$; $df=1$; $p<0,001$). Чаще стали фиксироваться постгомицидные (посткриминальные) самоубийства ($n=18$) [18, 19].

Обсуждение.

Собранная в электронных СМИ выборка из 409 суицидентов является репрезентативной для Чувашии (доверительная вероятность 95% выборки 384 человека для 1313754 жителя Чувашской Республики в 2002 г. и 1186909 – в 2021 г.; при доверительном интервале – 5%)¹. Городских жителей среди самоубийц было значительно больше (83,9%), чем в популяции республики в целом (65%). Хотя мужчин (281) было больше женщин, пропорции оказалась несколько меньше (2,1 : 1) обычно наблюдаемой в регионах Российской Федерации (3-4, и более к 1 [1, 20]; в Чебоксарах 4,1 : 1 [12]).

По сравнению с нашими прошлыми исследованиями [15] средний возраст суицидентов (на примере случаев из Чебоксар) оказался существенно меньше (35,8±16,9 vs 43,2±16,2 года; $p<0,001$), в том числе и среди мужчин (36,8±16,4 vs 41,1±14,8 года; $p<0,001$), и среди женщин (33,7±17,8 vs 50,5±18,6 года; $p<0,001$) [12]. В 2002-2021 гг. значительно больше наблюдалось суицидентов в возрасте 12-19 и 20-29 лет ($p<0,001$), а в 1997-2002 гг. – соответственно – 40-49, 50-59, 60-69 ($p=0,04<0,001$) без различий в возрастных группах 30-39 и 70 лет и старше. С одной стороны, в этом усматривается тенденция к снижению возраста самоубийцы в Республике, наблюдающаяся с конца прошлого века и продолжающаяся до настоящего времени. С другой, журналисты вольно или невольно, отдают предпочтение таким случаям в своих репортажах [21]. Возможно с этим можно связать достоверные изменения спосо-

men (281) than women, the proportion was somewhat lower (2.1:1) than usually observed in the regions of Russia (3-4, and more to 1 [1, 20]; in Cheboksary 4.1:1 [12]).

Compared with our previous studies [15], the average age of suicide attempters (using the cases from Cheboksary as an example) turned out to be significantly lower (35.8±16.9 vs 43.2±16.2 years; $p<0.001$), including among men (36.8±16.4 vs 41.1±14.8 years; $p<0.001$), and among women (33.7±17.8 vs 50.5±18.6 years; $p<0.001$) [12]. In 2002-2021 there have been significantly more suicide attempters observed at the age of 12-19 and 20-29 ($p<0.001$), and in 1997-2002 – respectively – 40-49, 50-59, 60-69 ($p=0.04<0.001$) without differences in the age groups of 30-39 and 70 years of age and older. On the one hand, this is seen as a downward trend in the age of suicide in the Republic, which has been observed since the end of the last century and continues to the present. On the other hand, journalists, wittingly or unwittingly, prefer such cases in their reports [21]. Perhaps this can be associated with significant changes in the methods of suicide over the past 20 years. The number of cases of suicidal jumps (falls) from a height increased sharply from 4.7% to 30.6% ($\chi^2=145.7$; $df=1$; $p<0.001$), the use of firearms from 0.9% to 5.1% ($\chi^2=15.316$; $df=1$; $p<0.001$), with a decrease in cases of self-hanging (from 78.8% to 54.5%; $\chi^2=50.415$; $df=1$; $p<0.001$); poisoning from 12.4% to 1%; $\chi^2=32.914$; $df=1$; $p<0.001$; suicides with piercing and cutting objects did not change significantly (2.4% vs 2%; $\chi^2=0.004$; $df=1$; $p>0,05$) These methods of voluntary death were the main ones in most (58) countries of the world in 2000-2015 [5, 22]. In Chuvashia, pesticide poisoning and death from explosives were rare.

The suicidal spectrum of suicide methods changes over time, which is associated with socio-demographic trends occurring in society and preventive measures [23]. Another aspect that re-

¹Калькулятор размера выборки: <https://www.questionstar.ru/statiy/calculator-razmera-viborki>

бов самоубийств за прошедшие 20 лет. Резко увеличилось число случаев суицидальных прыжков (падений) с высоты с 4,7% до 30,6% ($\chi^2=145,7$; $df=1$; $p<0,001$), использование огнестрельного оружия с 0,9% до 5,1% ($\chi^2=15,316$; $df=1$; $p<0,001$), при снижении случаев самоповешения (с 78,8% до 54,5%; $\chi^2=50,415$; $df=1$; $p<0,001$; отравлений с 12,4% до 1%; $\chi^2=32,914$; $df=1$; $p<0,001$; самоубийств с помощью колюще-режущих предметов существенно не изменилось (2,4% vs 2%; $\chi^2=0,004$; $df=1$; $p>0,05$). Указанные методы добровольного ухода из жизни являлись основными в большинстве (58) стран мира в 2000-2015 гг. [5, 22]. В Чувашии редко встречались отравления пестицидами и смерть от взрывных веществ.

Суицидальный спектр методов самоубийств меняется с течением времени, что связано с социально-демографическими тенденциями, происходящими в обществе и проведением профилактических мероприятий [23]. Другой аспект, который требует исследования, это взаимная причинность между сообщениями в газетах (СМИ) о самоубийствах и фактическими самоубийствами [24], особенно среди женщин и молодых людей [25]. Наилучшее доступное вмешательство для населения по борьбе с вредным воздействием сообщений СМИ – это руководство по ответственному освещению трагических событий [26].

Наше предыдущее исследование показало, что 20,5% суицидентов г. Чебоксары официально обращались за психиатрической (психотерапевтической) или наркологической помощью; 44,3% среди них страдали алкоголизмом, 20,3% – шизофренией, 18,3% – пограничными психическими расстройствами [14]. Полученные 2% психических расстройств часто без уточнения патологии выглядят явно заниженным показателем. 10% психических расстройств мы наблюдались только у суицидентов пожилого возраста, в том числе в группах – 60-69 лет – 8,2%, 70 лет и старше – 1,8% [10]. Возможно, низкие показатели психической патологии у самоубийц отражают трудности журналистов при сборе такой информации, а, возможно, их недостаточную психиатрическую грамотность [27]. Между тем высокая доля суицидентов, совершающих прыжки с высоты, может свидетельствовать о выраженных психических расстройствах [23]. В частности, в зарубежной литературе получены убедительные доказательства о связи такого способа самоубийства с психотической патологией, необращаемостью населения за поддерживающей терапией [28]. Среди диагностических групп психических расстройств у «прыгунов» достоверно лидировали шизофрения, аффективная

quires investigation is the mutual causality between newspaper (media) reports of suicides and actual suicides [24], especially among women and young people [25]. The best available intervention for the public to fight the harmful effects of media reporting is creating guidance on responsible reporting of tragic events [26].

Our previous study showed that 20.5% of suicidal people in Cheboksary officially applied for psychiatric (psychotherapeutic) or drug treatment; 44.3% of them suffered from alcoholism, 20.3% from schizophrenia, and 18.3% from borderline mental disorders [14]. The resulting 2% of mental disorders often without specifying the pathology looks clearly underestimated. We observed 10% of mental disorders only in elderly suicides, including in groups of 60-69 years old – 8.2%, 70 years and older – 1.8% [10]. Possibly, low rates of mental pathology among suicide attempters reflect the difficulties of journalists in collecting such information, and, possibly, their insufficient psychiatric literacy [27]. Meanwhile, a high proportion of suicide jumpers may indicate severe mental disorders [23]. In particular, in the foreign literature, convincing evidence has been obtained about the connection of this method of suicide with psychotic pathology, and the population's unwillingness to seek maintenance therapy [28]. Schizophrenia and affective pathology were significantly leading among the diagnostic groups of mental disorders in jumpers [21]. Patients who committed such suicides had a history of psychotic disorders (delirium), prolonged hospitalization, a history of suicidal attempts, and were recorded by staff in connection with behavior dangerous to themselves and others [29].

Among suicide attempters, the share of those who committed suicide while intoxicated is extremely low (13%). Previously, we found alcohol intake in 55.8% of suicide attempters (61.1% of men and 36.6% of women) in Cheboksary [12], 11.9% among minors [11] and 48.5% among the elderly [ten]. In eight major

патология [21]. Больные, совершившие такие самоубийства, имели в анамнезе психотические расстройства (делирий), длительную госпитализацию, суицидальные попытки в анамнезе, фиксировались персоналом в связи с поведением опасным для них самих и окружающих [29].

Чрезвычайно низкой у суицидентов выглядит доля, совершивших самоубийство в состоянии алкогольного опьянения (13%). Ранее мы обнаружили приём алкоголя у 55,8% суицидентов (61,1% мужчин и 36,6% женщин) г. Чебоксары [12], 11,9% – среди несовершеннолетних [11] и 48,5% – у пожилых лиц [10]. В восьми крупных газетах Непала только в 6% и 2,4% отчётов упоминалась связь самоубийств с психическими расстройствами и злоупотреблением психоактивными веществами [30].

Ограничениями нашего исследования является использование материала из электронных СМИ, хотя число наблюдений достаточно большое и максимально возможное; попытки найти дополнительные случаи самоубийств за 2002–2021 гг. и тем самым расширить выборку не увенчались успехом. Между тем, в публикациях из Индии выявлялись некоторые статистически значимые расхождения (на уровне $p < 0,001$) между характеристиками самоубийств среди населения и СМИ. К таковым относились: самоубийства с участием женщин, лиц в возрасте до 30 лет, разлученных или овдовевших мужчин, незамужних женщин, лиц, применяющих методы ухода из жизни с высокой летальностью (повешение, прыжки с высоты и падение под транспортные средства), а также студенты или работающие в сельскохозяйственном секторе. Данные о самоубийствах среди мужчин, в возрасте старше 30 лет и старше, состоящих в браке и отравлениях оказались значительно занижены относительно их встречаемости в общей популяции [31]. В другой статье 87% сообщений СМИ были о завершённых суицидах. Несоответствующая отчётность касалась многих показателей суицидентов. Так, метод самоубийства был указан в 89%, пол – в 95%, имя – в 90%, возраст и место самоубийства – в 80%, жизненные (стрессовые) события как причина добровольного ухода их жизни – в 75% (одна какая-то причина – в 61%), род занятий – в 70%. Но только в 16% заметок сообщили о психическом расстройстве, связанном с суицидом, и менее 3% предоставили информацию о предотвращении самоубийств и телефонах доверия [32].

В Китае, включая Гонконг, эпидемиологические сравнения выявили чрезмерную представленность самоубийств в более молодом возрасте и недостаточ-

newspapers in Nepal, only 6% and 2.4% of reports mentioned the association of suicide with mental disorders and substance abuse [30].

The limitations of our study are the use of material from the electronic media, although the number of observations is quite large and the maximum possible; attempts to find additional suicide cases for 2002–2021 and thereby expanding the sample were unsuccessful. Meanwhile, publications from India revealed some statistically significant discrepancies (at $p < 0.001$) between the characteristics of suicide among the population and the media. These included: suicides involving women, persons under the age of 30, separated or widowed men, unmarried women, persons using high-fatality methods (hanging, jumping from heights and falling under vehicles), and students or working in the agricultural sector. Data on suicide among men over the age of 30 years and older, married and poisoning were significantly underestimated relative to their occurrence in the general population [31]. In another article, 87% of media reports were about completed suicides. Misreporting related to many indicators of suicide attempters. Thus, the method of suicide was indicated in 89%, gender – in 95%, name – in 90%, age and place of suicide – in 80%, (stressful) life events as the reason for the voluntary departure of their lives – in 75% (only one reason was reported in 61%), occupation – in 70%. But only 16% of the notes reported suicide-related mental disorder, and less than 3% provided information on suicide prevention and helplines [32].

In China, Hong Kong, epidemiological comparisons have shown an overrepresentation of suicides at younger ages and an underrepresentation of suicides in older adults. In addition, female suicides were found to be little reported in newspapers in Taiwan and Guangzhou, with the exception of the media in Hong Kong [33]. Newspapers tended to often report on those suicide victims who had relationship problems, but rarely on those who had family problems. Reporting of suicides was selective and coverage was

ную – у лиц позднего возраста. Кроме того, было обнаружено, что о женских самоубийствах мало сообщается в газетах Тайваня и Гуанчжоу, за исключением СМИ Гонконга [33]. Газеты, как правило, часто сообщали о тех жертвах самоубийства, у которых были проблемы в отношениях, но редко – у кого были проблемы в семье. Отчёты о самоубийствах были выборочными, а охват был неполным, например, о самоубийствах студентов сообщалось слишком много. С учётом проведённого анализа авторы рекомендовали партнёрский подход с активным участием СМИ в предотвращении самоубийств, чтобы специалисты по коммуникациям могли более активно участвовать в работе по предотвращению самоубийств [34]. По сравнению с самоубийствами молодёжи (50,5%) и городского населения (91,6%), социальные сети занижали количество самоубийств среди пожилых людей (8,2%) и сельских жителей (8,4%). Практика полезной отчётности была очень ограниченной (например, только 0,08% отчетов содержали прямую информацию о программах поддержки людей из группы «суицидологического риска») [35].

В онлайн-СМИ Ганы жертвами самоубийств были преимущественно мужчины (85,9%) и молодые люди (средний возраст – 34,8±15,7 года, диапазон 10-86 лет). Наиболее упоминаемыми способами самоубийств в репортажах были повешение (67,9%), применение огнестрельного оружия (18,3%) и самоотравление (8,9%). Среди причин часто указывались супружеские или семейные проблемы; психические расстройства и финансовые проблемы [36]. В Ираке из 130 новостных сообщений в Google (в ноябре и декабре 2020 г. с поисковым запросом «новости о самоубийствах в Ираке») название метода самоубийств было упомянуто в 88,5% статей, монопричинность – в 34,6%; термин «суицид» встречался в 94,6% заголовков сообщений, метод – в 27,7%. Только в 5,4% отчётов прослеживались психические расстройства, в 6,9% приводилось мнение экспертов, и ни в одном – не упоминались программа профилактики и/или образовательная информация [37]. Многие схожие тенденции, описанные выше (избирательность в выборе половозрастных групп суицидентов, жителей Чебоксар, других городов Чувашии, методов самоубийств; отсутствие информации о наличии психических расстройств, употреблении суицидентами алкоголя или других психоактивных веществ, зачастую незнание причин их ухода из жизни), с большой долей уверенности можно предполагать в настоящей работе, полностью основанной на материале из республиканских

incomplete, for example, too many student suicides were reported. Based on their analysis, the authors recommended a partnership approach with the active participation of the media in suicide prevention, so that communications professionals can be more actively involved in suicide prevention work [34]. Compared to youth (50.5%) and urban (91.6%) suicides, social media underreported suicides among the elderly (8.2%) and rural (8.4%). The practice of useful reporting was very limited (for example, only 0.08% of the reports contained direct information about support programs for people at “suicidological risk”) [35].

In Ghana's online media, suicide victims were predominantly men (85.9%) and young adults (mean age 34.8±15.7, range 10-86 years of age). The most mentioned methods of suicide in the reports were hanging (67.9%), use of firearms (18.3%) and self-poisoning (8.9%). Reasons often cited were marital or family problems; mental disorders and financial problems [36]. In Iraq, out of 130 Google news posts (November and December 2020 searching for "Iraq suicide news"), the name of the suicide method was mentioned in 88.5% of the articles, monocausation in 34.6%; the term "suicide" was found in 94.6% of message headings, the method – in 27.7%. Only 5.4% of the reports identified psychiatric disorders, 6.9% provided expert opinion, and none mentioned a prevention program and/or educational information [37]. Many of the similar trends described above (selectivity in the choice of sex and age groups of suicides, residents of Cheboksary and other cities of Chuvashia, suicide methods; lack of information about the presence of mental disorders, the use of alcohol or other psychoactive substances by suicide attempters, often ignorance of the reasons for their death), with a large certainty can be assumed in this work, which is based entirely on material from the republican electronic media.

Thus, the study made it possible to obtain general information about suicidal behavior in Chuvashia, the age and sex composition of suicides, methods and

электронных СМИ.

Таким образом, проведённое исследование позволило получить общую информацию о суицидальном поведении в Чувашии, половозрастном составе суицидентов, способах и мотивах самоубийств. В обследуемой выборке преобладало городское население и молодые люди, что может не отражать реальный демографический состав жителей региона, совершивших самоубийства. Нужны дополнительные изыскания с расширением числа наблюдений, особенно из сельской местности, среди мужчин, лиц с психическими патологиями и старших возрастных групп. Особого внимания требуют случаи суицидального поведения, совершающегося в состоянии опьянения от алкоголя (других психоактивных веществ). Сбор материала также желательно проводить с использованием метода психологической аутопсии, и с учётом данных судебно-медицинского исследования (экспертизы).

Литература / References:

1. 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)
2. Pompili M., O'Connor R.C., van Heeringen K. Suicide Prevention in the European Region. *Crisis*. 2020 Mar; 41 (Suppl 1): S8-S20. DOI: 10.1027/0227-5910/a000665
3. Guzmán E.M., Cha C.B., Ribeiro J.D., Franklin J.C. Suicide risk around the world: a meta-analysis of longitudinal studies. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2019 Dec; 54 (12): 1459-1470. DOI: 10.1007/s00127-019-01759-x
4. Berardelli I., Rogante E., Sarubbi S., Erbuto D., Cifrodelli M., Concolato C., Pasquini M., Lester D., Innamorati M., Pompili M. Is Lethality Different between Males and Females? Clinical and Gender Differences in Inpatient Suicide Attempters. *Int. J. Environ Res. Public Health*. 2022 Oct 15; 19 (20): 13309. DOI: 10.3390/ijerph192013309
5. Wu Y., Schwebel D.C., Huang Y., Ning P., Cheng P., Hu G. Sex-specific and age-specific suicide mortality by method in 58 countries between 2000 and 2015. *Inj. Prev.* 2021 Feb; 27(1):61-70. DOI: 10.1136/injuryprev-2019-043601
6. Cai Z., Junus A., Chang Q., Yip P.S.F. The lethality of suicide methods: systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2022 Mar 1; 300: 121-129. DOI: 10.1016/j.jad.2021.12.054
7. Turecki G., Brent D.A. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016 Mar 19; 387 (10024): 1227-1239. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
8. Suicide. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/suicide>
9. Суицидальные и несуйцидальные самоповреждения подростков / Коллективная монография. Под редакцией проф. П.Б. Зотова. Тюмень: Вектор Бук, 2021. 472 с. ISBN 978-5-91409-537-3. [Suicidal and non-suicidal self-harm in adolescents. Edited by Prof. P.B. Zotov. Tyumen: Vector Book, 2021. 472 p.] (In Russ)
10. Голенков А.В., Карышев П.Б. Самоубийства в старших половозрастных группах населения Чувашии. Третий съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики. Тезисы докладов. Чебоксары, 2005: 213-214. [Golenkov A.V., Karyshev P.B. Suicides in older sex and age groups of the population of Chuvashia. The third congress of psychiatrists, narcologists and psychotherapists of the Chuvash Republic. Abstracts of reports. Cheboksary, 2005: 213-214] (In Russ)
11. Карышев П.Б., Голенков А.В. Распространенность самоубийств у несовершеннолетних в Чувашской Республике. Третий съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики. Тезисы докладов. Чебоксары, 2005: 143-145. [Karyshev P.B., Golenkov A.V. Prevalence of suicide among minors in the Chuvash Republic. The third congress of psychiatrists, narcologists and psychotherapists of the Chuvash Republic. Abstracts of reports. Cheboksary, 2005: 143-145.] (In Russ)
12. Миронец Е.Н., Голенков А.В., Карышев П.Б. Эпидемиология самоубийств в г. Чебоксары. *Проблемы экспертизы в медицине*. 2003; 3 (3-11): 31-33. [Mironets E.N., Golenkov A.V., Karyshev P.B. The epidemiology of suicide in Cheboksary. *Problems of expertise in medicine*. 2003; 3 (3-11): 31-33.] (In Russ)
13. Голенков А.В. Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект): Автореф. дисс. на соискание ученой степени доктора мед. наук. М., 1998. 38 с. [Golenkov A.V. Mental disorders as a medical and social problem (regional aspect): Abstract of the thesis for the degree of Dr. med. sciences. Moscow, 1998. 38 p.] (In Russ)
14. Голенков А.В., Козлов А.Б., Андреева А.П., Карышев П.Б. Клинико-типологическая структура самоубийств у лиц с психической и наркологической патологией. Третий съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики. Тезисы докладов. Чебоксары, 2005: 215-217. [Golenkov A.V., Kozlov A.B., Andreeva A.P., Karyshev P.B. Clinical and typological structure of suicides in persons with mental and narcological pathology. The third congress of psychia-

- trists, narcologists and psychotherapists of the Chuvash Republic. Abstracts of reports. Cheboksary, 2005: 215-217.] (In Russ)
15. Сапожников С.П., Козлов В.А., Карышев П.Б., Голенков А.В. Возрастная динамика суицидов. *Академический журнал Западной Сибири*. 2021; 17 (1): 3-4. [Sapozhnikov S.P., Kozlov V.A., Karyshev P.B., Golenkov A.V. Age dynamics of suicides. *Academic Journal of West Siberia*. 2021; 17 (1): 3-4. DOI: 10.18071/isz.75.0099] (In Russ)
 16. Sapozhnikov S., Golenkov A., Rihmer Z., Ungvari G.S., Gazdag G. Weekly patterns of suicide and the influence of alcohol consumption in an urban sample. *Ideggyogyaszati Szemle*. 2022; 75, 3-4: 99-104. DOI: 10.18071/isz.75.0099
 17. Карышев П.Б., Сапожников С.П., Голенков А.В. Микроритмы суицидального поведения (региональный аспект). Личность и здоровье в эпоху новых ценностей: Материалы международной науч. конф., посвященной 20-летию Республиканского психотерапевтического центра Чувашии. Чебоксары, 2007: 123-125. [Karyshev P.B., Sapozhnikov S.P., Golenkov A.V. Microrhythms of suicidal behavior (regional aspect). Personality and health in the era of new values: Proceedings of the international scientific. Conf. dedicated to the 20th anniversary of the Republican Psychotherapeutic Center of Chuvashia. Cheboksary, 2007: 123-125.] (In Russ)
 18. Голенков А.В. Постгомицидные самоубийства у лиц пожилого возраста. *Девиантология*. 2021; 5 (1): 9-13. DOI: 10.32878/devi.21-5-01(8)-9-13 [Golenkov A.V. Posthomicidal suicide in the elderly people. *Deviant Behavior (Russia)*. *Deviant Behavior (Russia)*. 2021; 5 (1): 9-13. DOI: 10.32878/devi.21-5-01(8)-9-13] (In Russ)
 19. Зотов П.Б., Спадерова Н.Н., Лебедев А.В. Постгомицидные самоубийства в Тюменской области (2008-2020 гг.). *Научный форум. Сибирь*. 2021; 7 (2): 34-39. [Zotov P.B., Spaderova N.N., Lebedev A.V. Posthomicidal suicides in the Tyumen region (2008-2020). *Scientific forum. Siberia*. 2021; 7 (2): 34-39.] (In Russ)
 20. Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П., Быкова А.А., Лончакова И.В. Завершённые суициды: соотношение мужчин и женщин. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 76-77. [Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotova E.P., Bykova A.A., Lonchakova I.V. Suicides: the ratio of men and women. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 76-77.] (In Russ)
 21. Антонова Н.Д., Голенков А.В. Освещение случаев убийств и самоубийств в региональных средствах массовой информации. *Академический журнал Западной Сибири*. 2022; 18 (1): 3-7. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-3-7 [Antonova N.D., Golenkov A.V. Coverage of homicides and suicides in the regional media. *Academic Journal of West Siberia*. 2022; 18 (1): 3-7. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-3-7] (In Russ)
 22. Зотов П.Б., Бuzик О.Ж., Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П. Способы завершённых суицидов: сравнительный аспект. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 3 (100): 62-66. DOI: 10.26617/1810-3111-2018-3(100)-62-66 [Zotov P.B., Buzik O.J., Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotova E.P. Methods of suicides: a comparative aspect. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 3 (100): 62-66. DOI: 10.26617/1810-3111-2018-3(100)-62-66] (In Russ)
 23. Chen Y.Y., Lee M.B., Chang C.M., Liao S.C. Methods of suicide in different psychiatric diagnostic groups. *J. Affect. Disord.* 2009 Nov; 118 (1-3): 196-200. DOI: 10.1016/j.jad.2009.05.020
 24. Chen Y.Y., Chen F., Yip P.S. The impact of media reporting of suicide on actual suicides in Taiwan, 2002-05. *J. Epidemiol. Community Health*. 2011 Oct; 65 (10): 934-940. DOI: 10.1136/jech.2010.117903
 25. Chen Y.Y., Liao S.F., Teng P.R., Tsai C.W., Fan H.F., Lee W.C., Cheng A.T. The impact of media reporting of the suicide of a singer on suicide rates in Taiwan. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2012 Feb; 47 (2): 215-221. DOI: 10.1007/s00127-010-0331-y
 26. Niederkrotenthaler T., Braun M., Pirkis J., Till B., Stack S., Sinyor M., Tran U.S., Voracek M., Cheng Q., Arendt F., Scherr S., Yip P.S.F., Spittal M.J. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020 Mar 18; 368: m575. DOI: 10.1136/bmj.m575
 27. Huisman A., van Houwelingen C.A., Kerkhof A.J. Psychopathology and suicide method in mental health care. *J. Affect. Disord.* 2010 Feb; 121 (1-2): 94-99. DOI: 10.1016/j.jad.2009.05.024
 28. Nielssen O., Glozier N., Babidge N., Reutens S., Andrews D., Gerard A., Malhi G.S., Large M.M. Suicide attempts by jumping and psychotic illness. *Aust. NZJ Psychiatry*. 2010 Jun; 44 (6): 568-573. DOI: 10.3109/00048671003606086
 29. Todorov L., Vulser H., Pirracchio R., Thauvin I., Radtchenko A., Vidal J., Guigui P., Limosin F., Lemogne C. Suicide attempts by jumping and length of stay in general hospital: A retrospective study of 225 patients. *J. Psychosom. Res.* 2019 Apr; 119: 34-41. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2019.02.001
 30. Singh R., Mahato S., Khadka S., Basnet P., Bista K., Karki R., Arafat S.M.Y. Newspaper reporting of suicide in Nepal: Quality assessment against World Health Organization media guidelines. *Health Sci. Rep.* 2022 Mar 7; 5 (2): e547. DOI: 10.1002/hsr.2.547
 31. Armstrong G., Vijayakumar L., Pirkis J., Jayaseelan M., Cherian A., Soerensen J.B., Arya V., Niederkrotenthaler T. Mass media representation of suicide in a high suicide state in India: an epidemiological comparison with suicide deaths in the population. *BMJ Open*. 2019 Jul 18; 9 (7): e030836. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-030836
 32. Chandra P.S., Doraiswamy P., Padmanabh A., Philip M. Do newspaper reports of suicides comply with standard suicide reporting guidelines? A study from Bangalore, India. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2014 Nov; 60 (7): 687-694. DOI: 10.1177/0020764013513438
 33. Fu K.W., Chan Y.Y., Yip P.S. Newspaper reporting of suicides in Hong Kong, Taiwan and Guangzhou: compliance with WHO media guidelines and epidemiological comparisons. *J. Epidemiol. Community Health*. 2011 Oct; 65 (10): 928-933. DOI: 10.1136/jech.2009.105650
 34. Au J.S., Yip P.S., Chan C.L., Law Y.W. Newspaper reporting of suicide cases in Hong Kong. *Crisis*. 2004; 25 (4): 161-168. DOI: 10.1027/0227-5910.25.4.161
 35. Lai K., Li D., Peng H., Zhao J., He L. Assessing Suicide Reporting in Top Newspaper Social Media Accounts in China: Content Analysis Study. *JMIR Ment. Health*. 2021 May 13; 8 (5): e26654. DOI: 10.2196/26654
 36. Abdulai T. Trends of online news media reported suicides in Ghana (1997-2019). *BMC Public Health*. 2020 Jan 9; 20 (1): 35. DOI: 10.1186/s12889-020-8149-3

37. Arafat S.M.Y., Ahmad A.R., Saeed A.K., Menon V., Shoib S., Kar S.K. Quality of media reporting of suicide in Iraq.

Int. J. Soc. Psychiatry. 2022 Mar; 68 (2): 443-448. DOI: 10.1177/00207640211003928

SUICIDES IN THE CHUVASH REPUBLIC (according to electronic media in 2002-2021)

V.A. Kozlov, A.V. Golenkov,
D.A. Ivanova, E.K. Bakhman

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia; golenkovav@inbox.ru
Republican Children's Clinical Hospital, Cheboksary, Russia

Abstract:

The aim of the study: to study the structure, dynamics and motives of completed suicides in Chuvashia from 2002 to 2021. *Materials and methods.* In the electronic media of the Chuvash Republic for 20 years (2002-2021) it was possible to collect information on 409 cases (men – 281, women – 128) of suicides (from 2 to 54 cases per year) committed by persons aged 11 to 93 years old (mean age 35.8 ± 16.9 years). For each case of suicide, demographic indicators (gender, age), the presence of mental disorders, alcohol use, probable causes (motives) were written out. *Results.* The majority (78.2%) of suicides were of working age (18-59 years of age). Hanging was the most common way of voluntary death (54.5%), which was more common in men (59.4% vs 43.8% in women), especially in the group of 18-59 years old. This was followed by jumping (falling) from a height (30.6%); here, among suicides, women were already in the lead (43.8% vs 24.6% for men). The other methods of suicide accounted for about 15% in total. At the same time, there were cases of death with the help of firearms, which were resorted to only by men (7.5%). Of the causes of suicide, conflicts in interpersonal relationships were in the lead (28.3%). Particularly significant was the break in relations with the opposite sex for girls, as a result of which they committed suicide (41.1% vs 18.2% for men). In almost half of the cases (48.2%), the motives for leaving life could not be established. In men, suicide was more often caused by various administrative punishments (7.4%), and in women, it was the behavior of others leading them to commit suicide (6.3% vs 1.8% in men). Mental disorders in suicides occurred in isolated cases (2%), intoxication - somewhat more often (13%). Hanging in the last decade was mentioned much less often in journalistic reports (64.4% vs 45.6% in 2012-2021), and jumping from a height more than twice as often (40.9% vs 19.1%). *Conclusion.* Over the past 20 years, the age of suicides has decreased, the structure of suicide methods and their causes have changed somewhat. More research is needed to develop effective suicide prevention programs in the republic.

Keywords: suicide, demography, causes, Chuvashia (Cheboksary)

Вклад авторов:

V.A. Kozlov: разработка дизайна исследования; написание текста рукописи; редактирование текста рукописи; обзор и перевод публикаций по теме статьи

A.V. Golenkov: разработка дизайна исследования; написание текста рукописи; редактирование текста рукописи; обзор и перевод публикаций по теме статьи

D.A. Ivanova: сбор и анализ материала;

E.K. Bakhman: сбор и анализ материала.

Author' contributions:

V.A. Kozlov: developing the research design, article writing and editing; reviewing of publications of the article's theme;

A.V. Golenkov: developing the research design, article writing and editing; reviewing of publications of the article's theme;

D.A. Ivanova: collection and analysis of material;

E.K. Bakhman: collection and analysis of material.

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: 10.10.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 05.11.2022.

Для цитирования: Козлов В.А., Голенков А.В., Иванова Д.А., Бахман Е.К. Самоубийства в Чувашской Республике (по данным электронных СМИ в 2002-2021 гг.). *Суцидология.* 2022; 13 (4): 80-90. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-80-90

For citation: Kozlov V.A., Golenkov A.V., Ivanova D.A., Bakhman E.K. Suicides in the Chuvash Republic (according to electronic media in 2002-2021). *Suicidology.* 2022; 13 (4): 80-90. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-80-90 (In Russ)

«СУИЦИДАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ» КАК ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов

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

"SUICIDAL DISEASE" AS PSYCHIATRIC DIAGNOSIS: SCIENTIFIC AND PRACTICAL RATIONALE

Е.Б. Lyubov, P.B. Zotov

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

Информация об авторах:

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

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы: директор Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии». Адрес: Россия, 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес: note72@yandex.ru

Information about the authors:

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

Zotov Pavel Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work: Director of the Institute of Clinical Medicine, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia; Head of the Siberian School of Preventive Suicidology and Deviantology. Address: 67 Minskaya str., bild. 1, office 102, Tyumen, 625027, Russia. Phone: +7 (3452) 270-510, email: note72@yandex.ru

Суицидальное поведение (СП) – неизменно актуальная многодисциплинарная и межведомственная проблема. Расстройство СП (Suicide behavior disorder, далее SBD) введено в Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM-5) «условно»: для дальнейшего изучения и возможного принятия в новые версии классификации психических расстройств. В обзоре приведены доказательства достоверности SBD и обсуждены потенциальные преимущества и ограничения диагноза при некоторых существенных ограничениях; возможные альтернативные дополнения повысят научно-практическую значимость SBD в будущих диагностических системах.

Ключевые слова: суицидальное поведение, DSM-5, критерии, научное обоснование

... уязвимая смертью болезнь?

О. Мандельштам

... a disease vulnerable to death?

O. Mandelstam

Суицидальное поведение (СП) – насущная проблема общества и здравоохранения во всём мире [1].

Жертвами самоубийств ежегодно становятся, по данным Росстата (stat@gks.ru), ~ 20 тысяч россиян при тренде снижения уровней самоубийств в стране и мире [2].

Suicidal behavior (SB) is a pressing social and health problem worldwide [1].

According to Rosstat (stat@gks.ru), ~ 20,000 Russians become victims of suicide every year, with a downward trend in suicide rates in the country and the world [2].

Не менее 2-8% землян совершают попытки суицида в течение жизни. По неуточнённым данным, на каждое самоубийство приходится четыре попытки пожилых, 25 – взрослых и 100-200 – молодых (по градации ВОЗ, 18-44 лет) [3].

Не более 15% эпизодов намеренных самоповреждений фиксируется медицинской статистикой, и даже при налаженном мониторинге соотношение первых к суицидам в одном из регионов России ~ 1:2 [4].

Одним из критериев результативности суицидологического регистра служит временное повышение соотношения количества суицидов к суицидальным попыткам. В Тюменской области – почти втрое с усредненным показателем (2012-2020 гг.) 1:8,8 против изначального 1:5,6 (2012), в отдельные годы до 1:15,3 [5].

Усреднённое соотношение суициды / попытки 1:25 [1], таким образом, ежегодное количество попыток суицида (видимо, фиксируются наиболее тяжёлые, с медико-психологическими последствиями) в России ~ 500 тысяч, или у каждого 200-го в возрасте 14-65 лет.

В DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, пятое издание) [6] и предыдущей версии МКБ-11 (Международная классификация болезней 11 пересмотра),¹ СП упомянуто симптомом депрессивного расстройства (ДР) и пограничного расстройства личности (ПРЛ).

Суицидальное расстройство поведения (Suicidal Behavior Disorder, далее SBD) включено в Раздел III DSM-5 среди восьми «состояний для дальнейшего изучения». Рубрика включает рекомендуемые для дальнейшего изучения расстройства, изучение которых имеет высокий научный потенциал, и выделение вне основных диагностических разделов временно.

Рабочие критерии SBD – результат экспертного согласия специалистов и представителей широкой общественности, включая пациентов и их близких, с опорой на анализ научной литературы.

Для диагноза SBD необходимо соответствие всем пяти следующим критериям с уточнениями-спецификаторами (specifiers): 1) попытка самоубийства за последние 24 месяцев; 2) попытка не соответствует критериям несуйцидального самоповреждения (non-suicidal self-injury, NSSI), по DSM-5; 3) диа-

At least 2-8% of earthlings make suicide attempts during their lifetime. According to unspecified data, for every suicide there are four attempts by the elderly, 25 by adults, and 100–200 by young people (according to WHO gradation, 18–44 years) [3].

No more than 15% of episodes of intentional self-harm are recorded by medical statistics, and even with well-established monitoring, the ratio of first to suicide in one of the regions of Russia is ~ 1:2 [4].

One of the criteria for the effectiveness of the suicide registry is a temporary increase in the ratio of the number of suicides to suicide attempts. In the Tyumen region it reaches almost three times compared to the average indicator (2012-2020) – 1:8.8 against the original 1:5.6 (2012), in some years up to 1:15.3 [5].

Average suicide/attempt ratio 1: 25 [1], thus, the annual number of suicide attempts (apparently, the most severe ones, with medical and psychological consequences) in Russia is ~ 500 thousand, or every 200th at the age of 14-65 years.

In DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) [6] and the previous version of the ICD-11 (International Classification of Diseases 11 Revision),¹ SB is mentioned as a symptom of depressive disorder (DD) and borderline personality disorder (BPD).

Suicidal behavior disorder (Suicidal Behavior Disorder, hereinafter SBD) included in Section III DSM-5 among eight "conditions for further study". The rubric includes disorders recommended for further study, the study of which has a high scientific potential, and temporary allocation outside the main diagnostic sections.

The operating criteria for SBD are the result of expert consensus from experts and members of the general public, including patients and their loved ones, based on an analysis of the scientific literature.

For the diagnosis of SBD, all five of the following criteria must be met with specifiers: 1) suicide attempt in the last 24 months; 2) the attempt does not meet the criteria for non-suicidal self-harm (non-suicidal self-injury, NSSI), according to

¹ Переход на новый классификатор рекомендован ВОЗ с 1 января 2022 г., полное внедрение до 2027 г. / The transition to the new classifier is recommended by WHO from January 1, 2022, full implementation by 2027.

гноз не касается суицидальных мыслей или планирования суицида; 4) попытка не совершена в состоянии изменённого психического сознания как бред или спутанность (delirium или confusion); 5) попытка не предпринята исключительно в политических или религиозных целях.

У диагноза два уточнения: «текущее» расстройство ($\leq 12-24$ месяцев с последней попытки) и «ремиссия» (≥ 24 месяцев после последней попытки).

Попытки самоубийств определены как «самостоятельно предпринятые последовательные действия человека, ожидающего, что они приведут к его (её) смерти» (проще: акт намеренного самоповреждения с явным намерением смерти. *ЕБ*).

Характеристики суицида и попытки (незавершённого суицида) сходны в целеустремленности, преднамеренности, самостоятельности, добровольности, осознанности и планомерности [7, 8].

Термин ВОЗ [1] расплывчат: несмертельное самоповреждение с намерением умереть или без оно, указывая на трудность разграничения суицидальных попыток и несуйцидального самоповреждения, в том числе, исходя из свидетельств оставшегося в живых, «ненадёжного свидетеля». Таков двусмысленный суицид (Litman R., 1961, цит. по Лексикон) «не уверенного», что выживет после намеренного самоповреждения.

Ранжир суицидальных намерений не обязательно соответствует ожидаемой смертности метода попытки самоубийства [8]:

Дева (15), не пущенная на танцы с любимым, в отчаянии глотает две голубенькие пилюли (слабительное) бабушки, желая умереть.

SBD отделено от расстройства NSSI в том же разделе DSM SBD (СП) не смешано с членовредительством в определённых культурах, в формах, время [9, 10].

Надёжность диагноза SBD обоснована рекомендациями по внесению изменений в DSM-V [11, 12].

Факторы риска СП (предшествующий СП валидатор, по Kendler [11]). СП – многофакторный (биопсихосоциальный и духовный) феномен:

... смерть вследствие самоубийства является многогранным событием, в ней всегда имеют место биологические, биохимические, культуральные, социологические, межличностные, интрапсихические, логические, философские, сознательные и бессознательные элементы [13].

Как психическое расстройство, суицидогенез вызван взаимодействующими кумулятивными неспецифическими (?) факторами, запускающими биологические, поведенческие и социальные механизмы

DSM-5; 3) the diagnosis does not concern suicidal thoughts or suicide planning; 4) the attempt was not made in a state of altered mental consciousness as delirium or confusion (delirium or confusion); 5) the attempt is not made solely for political or religious purposes.

The diagnosis has two qualifications: "current" disorder ($\leq 12-24$ months since last attempt) and "remission" (≥ 24 months since last attempt).

Suicide attempts are defined as "self-initiated sequential actions by a person who expects that they will lead to his (her) death" (more simply: an act of intentional self-harm with the clear intention of death. *EB*).

Characteristics of suicide and attempt (incomplete suicide) are similar in purposefulness, intentionality, independence, voluntariness, awareness, and planning [7, 8].

The WHO term [1] is vague: non-fatal self-harm with or without intent to die, indicating the difficulty of distinguishing between suicidal attempts and non-suicidal self-harm, including, based on the testimony of a survivor, an "unreliable witness". Such is the ambiguous suicide (Litman R., 1961, cited in the Lexicon) of the "not sure" that he will survive after intentional self-harm.

The ranking of suicidal intentions does not necessarily correspond to the expected lethality of the suicide attempt method [8]:

A girl (15), not allowed to dance with her beloved, in desperation swallows two blue pills (laxative) of her grandmother, wishing to die.

SBD is separated from the NSSI disorder in the same section of the DSM SBD (SB) is not mixed with self-harm in certain cultures, forms, times [9, 10].

Diagnosis Reliability The SBD is based on recommendations for changes to DSM-V [11, 12].

SB risk factors (prior SB validator, according to Kendler [11]). SB is a multifactorial (biopsychosocial and spiritual) phenomenon:

... death due to suicide is a multifaceted event, it always has biological, biochemical, cultural, sociological, interpersonal, intrapsychic, logical, philosophical, conscious and unconscious elements [13].

As a mental disorder, suicidogenesis is caused by mutually influencing cumulative non-specific (?) factors that trigger biologi-

Систематизированы многообразные факторы риска СП [14, 15, 16].

Факторы риска СП изменчивы в течение жизни и различаются в группах риска.

Семейная агрегация СП. Генетическое влияние на СП показано изучением семей, близнецов и приёмных детей [17, 18] на основе национальных реестров смертей.

Три брата Витгенштейна («Логико-философский трактат») покончили с собой; Людвиг с 10-11 лет подумывал о самоубийстве. Младший же потерял руку, но продолжил профессиональную карьеру пианиста.

Самоубийства вдвое чаще в семьях жертв самоубийств, чем у умерших по иным причинам; у монозиготных близнецов чаще попытки самоубийств и суицидов, чем у дизиготных.

Наследуемость СП зависит отчасти от семейных психических расстройств (как аффективных в четырёх поколениях Хемингуэев) и импульсивности [15].

Однако СП накапливается в семьях и независимо от психопатологии [19, 20]. Наследуемость СП 38-55%; при контроле психических расстройств – 17-36% [15]. Показатели сходны с иными психическими расстройствами (МКБ-10): наследуемость СП у больных ДР ~ 40%.

Несмотря на значимость генетической составляющей СП, нелегко отделить его от эффекта «заражения» (имитации) уязвимых к СП [21, 22].

Социально-демографические (пол, возраст) и культурные (этническая принадлежность, религия, сексуальная ориентация) факторы.

Исходя из «гендерного парадокса» [23], мужчины совершают самоубийства многократно чаще [24, 25], но женщин более среди совершающих попытки [26, 27]. Мужчины чаще выбирают смертоносные средства, как огнестрельное оружие или дефенестрации [28].

SBD в любом возрасте жизни, но попытки редки (как и суициды) до пяти. Частота попыток снижается с возрастом, а пиковый возраст женщин (15-24 лет) меньше мужского (25-34 года), то есть ~ 10 лет меньше усреднённого возраста жертвы суицида обоего пола [24] (в РФ ~ 40 лет). Таковы же данные по отечественной выборке совершивших суицидальные попытки с тяжёлыми медицинскими последствиями. Временной «лаг» косвенно указывает на суицидальные попытки как предтечу суицида.

Риск СП повышен в отдельных этнических группах [25, 29, 30], как малочисленные народы Севера и Дальнего Востока России [31]; представители

cal, behavioral and social mechanisms

Various risk factors for SB have been systematized [14, 15, 16].

Risk factors for SB are lifelong and vary across risk groups.

Family aggregation SB. Genetic influence on SB has been shown by studying families, twins and adopted children [17, 18] based on national death registries.

Three of Wittgenstein's brothers ("Tractatus Logico-Philosophicus") committed suicide; Ludwig thought about suicide from the age of 10-11. The younger one lost his arm, but continued his professional career as a pianist.

Suicide is twice as common in the families of suicide victims as in those who died of other causes; monozygotic twins are more likely to attempt suicide and suicide than dizygotic twins.

The heritability of SB depends in part on family mental disorders (as affective in four generations of Hemingways) and impulsivity [15].

However, SB accumulates in families and regardless of psychopathology [19, 20]. The heritability of SB is 38-55 %; in the control of mental disorders it reaches 17-36% [15]. The indicators are similar to other mental disorders (ICD-10): the heritability of SB in patients with DR is ~ 40%.

Despite the significance of the genetic component of SB, it is not easy to separate it from the effect of "infection" (imitation) of those vulnerable to SB [21, 22].

Socio-demographic (gender, age) and cultural (ethnicity, religion, sexual orientation) factors.

Based on the "gender paradox" [23], men commit suicide many times more often [24, 25], but women are more among those who make attempts [26, 27]. Men are more likely to choose lethal means like firearms or defenestration [28].

SBD at any age of life, but attempts are rare (as are suicides) up to five. The frequency of attempts decreases with age, and the peak age of women (15-24 years) is less than men's (25-34 years), that is, ~ 10 years less than the average age of a suicide victim of both sexes [24] (in the Russian Federation ~ 40 years). These are the same data for a domestic sample of those who made suicidal attempts with severe medical consequences. The time "lag" indirectly points to

ЛГБТК сообщества [32, 33]. До ½ (43%) взрослых трансгендеров сообщили о попытках самоубийств в течение жизни [34].

Средовые факторы риска. Значимыми долгосрочными факторами риска СП (и депрессии) служат детские невзгоды [15, 16, 24].

Травля, включая кибербуллинг, – особый фактор риска СП подростков [10, 35].

Эпигенетические механизмы опосредуют влияние детских травм на СП [36].

Мощным фактором риска служит доступ к средству самоубийства [37]. Верно и обратное: ограничение доступа к средству суицида – доказанный антисуицидальный фактор [38].

Ближайшие факторы риска (спусковые крючки) СП включают психосоциальные стрессоры (микросоциальный конфликт, по А. Амбрумовой [39]): правонарушения, потеря работы, обнищание, любовная неудача, смерть (СП) значимых лиц [16, 21, 24, 40], обостряемые экономической неопределённостью (рецессией) [41].

Новым-старым фактором риска СП стала очередная пандемия [42, 43].

Возможен дозозависимый эффект: большее количество стрессогенных событий увеличивает риск СП [44].

Психическое расстройство – признанный клинический фактор риска СП [24], особенно депрессивного расстройства (повышает риск до 60 раз) [45, 46, 47]. СП представлено их неблагоприятным следствием.

У большинства (до 90%) жертв самоубийства выявлены (обычно ретроспективно, в ходе психологической аутопсии) психические расстройства [1]. Так, до 98% пытавшихся покончить жизнь самоубийством (европейские данные) соответствуют критериям психического расстройства (большей частью употребление ПАВ, аффективные расстройства и расстройства личности) [48].

Отсутствие психиатрического диагноза у малой части суицидентов объяснено методологическими (культуральными особенностями постановки диагноза) или клиническими ошибками [49, 50].

История психиатрической госпитализации молодых (25%) и пожилых (40%), совершивших попытку самоубийства, увеличивает риск суицида ~ 30 раз.

Основанием госпитализаций служат пожилой возраст, психотические и аффективные расстройства, отсутствие употребления алкоголя перед попыткой,

suicidal attempts as a forerunner of suicide.

The risk of SB is increased in certain ethnic groups [25, 29, 30], such as the small peoples of the North and the Far East of Russia [31]; representatives of the LGBTQ community [32, 33]. Up to ½ (43%) of transgender adults reported a lifetime suicide attempt [34].

Environmental risk factors. Childhood hardships are significant long-term risk factors for SB (and depression) [15, 16, 24].

Bullying, including cyberbullying, is a particular risk factor for adolescent SB [10, 35].

Epigenetic mechanisms mediate the impact of childhood trauma on SB [36].

Access to a means of suicide is a powerful risk factor [37]. The opposite is also true: restriction of access to the means of suicide is a proven anti-suicidal factor [38].

The immediate risk factors (triggers) of SB include psychosocial stressors (microsocial conflict, according to A. Ambrumova [39]): delinquency, job loss, impoverishment, love failure, death (SB) of significant persons [16, 21, 24, 40], exacerbated by economic uncertainty (recession) [41].

Another pandemic has become a new-old risk factor for SP [42, 43].

A dose-dependent effect is possible: a greater number of stressful events increases the risk of SB [44].

Mental disorder is a recognized clinical risk factor for SB [24], especially for depressive disorder (up to 60-fold increased risk) [45, 46, 47]. The SB is represented by their unfavorable consequence.

The majority (up to 90%) of suicide victims were diagnosed (usually retrospectively, during psychological autopsy) with mental disorders [1]. Thus, up to 98% of those who attempted suicide (European data) meet the criteria for a mental disorder (mostly substance use, affective disorders, and personality disorders) [48].

The absence of a psychiatric diagnosis in a small proportion of suicides is explained by methodological (cultural characteristics of the diagnosis) or clinical errors [49, 50].

A history of psychiatric hospitalization in young (25%) and elderly (40%) who attempted suicide increases the risk of suicide ~30-fold.

Hospitalizations are based on the fol-

соматические расстройства и предшествующее психиатрическое лечение. Амбулаторное лечение рекомендовано 20% женщин и мужчин с последующим внебольничным лечением (15%).

При внимании к гендерным аспектам суицидологии выделены более полусотни (68) «мужских» факторов риска СП [51], среди них: употребление / зависимость от психоактивных веществ (ПАВ); одиночество (без своей семьи, разведён, вдовец), диагноз депрессии. Наиболее доказательны 19 социально-демографических факторов, психиатрические расстройства (16 факторов риска), физическая болезнь (13) и неблагоприятные жизненные события / травмы (11), немного психологических факторов (6) и особенностей СП (3) [52].

У женщин суицидальные попытки тесно связаны с депрессивными расстройствами; расстройства, связанные с употреблением ПАВ чаще у мужчин. Частота суицидальных попыток выше у женщин, одиноких, овдовевших или разведённых. С возрастом риск попыток снижается. Наиболее распространены самоотравление, затем самопорезы.

Увы, у факторов риска СП относительная предиктивная сила [52]. СП может произойти и при отсутствии факторов, но их значимость усилена учётом как можно большего числа потенцируемых факторов. Возможны синергический эффект факторов, их взаимодействие, изменчивости на протяжении жизни.

Среди госпитализированных в отечественные многопрофильные стационары в связи с медицинскими последствиями суицидальных попыток не более 1/3 наблюдались психиатрами. СП – необязательный аспект конкретной нозографической единицы [53, 54]. Импульсивность (часто при ПРЛ или зависимости от ПАВ) и возбуждение (часто при посттравматическом стрессовом расстройстве) коррелируют с СП. Большинство депрессивных не склонны к СП. Около 1/3 больных биполярным расстройством (БАР) сообщают о попытках самоубийства в течение жизни [55], и большинство совершивших попытки суицида, не страдают ДР или ПРЛ [56, 57]. Связь ДР и ПРЛ с попытками самоубийства сходит на нет при контроле предыдущих попыток [58].

Сомато-неврологические болезни [59, 60, 61], особо связанные с хроническим болевым синдромом и ограничениями повседневного функционирования. Хроническая боль и неизлечимые или хронические заболевания, вызывающие ухудшение и потерю физических способностей, могут сопутствовать SBD.

lowing factors: elderly age, psychotic and affective disorders, lack of alcohol before the attempt, somatic disorders and previous psychiatric treatment. Outpatient treatment is recommended by 20% of women and men, followed by community treatment (15%).

When paying attention to the gender aspects of suicidology, more than fifty (68) “male” risk factors for SB have been identified [51], among them: use/addiction to psychoactive substances (PS); loneliness (living without family, divorced, widower), diagnosed depression. The most evidence-based are 19 socio-demographic factors, psychiatric disorders (16 risk factors), physical illness (13) and adverse life events/injuries (11), few psychological factors (6) and features of SB (3) [52].

In women, suicidal attempts are closely associated with depressive disorders; Substance abuse disorders are more common in men. The frequency of suicide attempts is higher in women who are single, widowed or divorced. With age, the risk of trying decreases. The most common methods are self-poisoning, then self-cutting.

Alas, risk factors for SB have relative predictive power [52]. SP can also occur in the absence of factors, but their significance is enhanced by taking into account as many potential factors as possible. Possible synergistic effect of factors, their interaction, variability throughout life.

Among those hospitalized in domestic multidisciplinary hospitals due to the medical consequences of suicidal attempts, no more than 1/3 were observed by psychiatrists. SB is an optional aspect of a particular nosographic unit [53, 54]. Impulsivity (often in BPD or substance addiction) and excitement (often in post-traumatic stress disorder) correlate with SB. Most depressed patients are not prone to SB. About 1/3 of patients with bipolar disorder (BD) report suicide attempts during their lifetime [55], and the majority of those who attempted suicide do not suffer from DR or BPD [56, 57]. The association of DR and BPD with suicide attempts vanishes when previous attempts are controlled for [58].

Somato-neurological diseases [59, 60, 61], especially associated with chronic pain syndrome and limitations of daily functioning. Chronic pain and incurable or chronic diseases that cause deterioration and loss of

Коморбидность – скорее, правило психических расстройств. Большинство (~80%) психических расстройств протекают с сопутствующей психиатрической патологией [62], что не исключает нейроанатомических различий. SBD можно рассматривать как отдельное расстройство при частой коморбидности.

Суицидальная predisposition, по А.Г. Амбрумовой [39], или «сопутствующие валидаторы» [11] сигнализируют о риске СП: когнитивные, эмоциональные (ажитация, агрессия, импульсивность) и личностные (пограничные, нарциссические или диссоциальные) нарушения.

Безнадёжность и пессимизм [63] связаны с СП и при контроле депрессии. Импульсивность и агрессивность [25, 63, 64], перфекционизм, невротизм связаны с СП [65, 66].

Суициденты выявляют когнитивные расстройства (ригидность, снижение навыков решения типовых проблем) [67].

Биологические факторы (биомаркеры) в основе патофизиологии СП определены повышенной уязвимостью к неблагоприятным психосоциальным событиям (диатез) и представлены дисфункцией серотонинергической (5-НТ) и гиперактивностью норадренергической нейромедиаторных систем; гиперактивностью гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, иммунной системы, липидного обмена (генетический и эпигенетический уровни). Показаны посмертные и нейровизуализационные изменения структур головного мозга [68, 69, 70]. Однако причинно-следственная связь более сложна, чем нейроанатомические вариации.

Течение SBD учтено временными диагностическими критериями и отражает долгосрочный риск рецидивов СП.

Течение характеризуется значительной изменчивостью частоты, методов и смертности попыток, что свойственно и другим расстройствам DSM-5. Однако суициденты используют сходные методы [71, 72], подразумевая внутриличностную согласованность течения SBD.

Эффект лечения. Новый диагноз (SBD) «вреден или бесполезен» без доказательно результативных методов лечения [11] и профилактики, снижающих риск СП и самоповреждений [15, 24]. В DSM-5 не указаны варианты лечения SBD. Адекватное преемственное наблюдение имеет решающее значение для эффективного лечения и предотвращения рецидива СП. Доля молодых, пытающихся покончить жизнь самоубийством без последующей помощи ≥

physical abilities may accompany SBD.

Comorbidity is more associated with mental disorders. Most (~80%) mental disorders occur with comorbid psychiatric pathology [62], which does not exclude neuroanatomical differences. SBD can be considered as a separate disorder with frequent comorbidity.

Suicidal predisposition, according to A.G. Ambrumova [39], or "concomitant validators" [11] signal the risk of SB: cognitive, emotional (agitation, aggression, impulsiveness) and personality (borderline, narcissistic or dissociative) disorders.

Hopelessness and pessimism [63] are associated with SB and depression control. Impulsivity and aggressiveness [25, 63, 64], perfectionism, neuroticism are associated with SB [65, 66].

Suicides reveal cognitive disorders (rigidity, decreased skills in solving typical problems) [67].

Biological factors (biomarkers) underlying the pathophysiology of SB are determined by increased vulnerability to adverse psychosocial events (diathesis) and are represented by dysfunction of the serotonergic (5-HT) and hyperactivity of the noradrenergic neurotransmitter systems; hyperactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, immune system, lipid metabolism (genetic and epigenetic levels). Post-mortem and neuroimaging changes in brain structures are shown [68, 69, 70]. However, the causal relationship is more complex than the neuroanatomical variations.

The course of SBD is taken into account by temporal diagnostic criteria and reflects the long-term risk of SB recurrences.

With significant variability the course is characterized in the frequency, methods, and mortality of attempts, which is also characteristic of other DSM-5 disorders. However, suicidal people use similar methods [71, 72], implying intrapersonal consistency in the course of SBD.

Treatment effect. The new diagnosis (SBD) is "harmful or useless" without evidence-based treatments [11] and prevention that reduce the risk of SB and self-harm [15, 24]. The DSM-5 does not list treatment options for SBD. Adequate follow-up is critical for effective treatment and prevention of recurrence of SB. Proportion of young people attempting suicide without

55%. Терапия основного психического или физического расстройства может ослабить суицидальные импульсы или улучшить способность справляться с источником дистресса. Побуждение к надежде помогает пациенту найти «причины жить», а не стремиться к саморазрушению.

Риск СП снижен при лечении клозапином [73] больных шизофренией и солями лития, причём его антисуицидальный эффект не связан со стабилизацией аффективного фона [74]. Антидепрессанты не обязательно уменьшают риск СП [75, 76]: у ДР и СП различные нейробиологические последствия. При тяжёлой (особо психотической) депрессии с актуальным риском СП показана электросудорожная терапия [77]. Определённые виды психотерапии показаны суицидентам [78, 79], указывая некую специфичность лечения SBD.

Среди защитных факторов социальная (формальная и неформальная) поддержка и терапевтический контакт. Возможно снижение риска рецидивов СП в рамках SBD при сочетанном (желательно) психотерапевтическом и лекарственном лечении; регулярном преемственном наблюдении [80, 81, 82]. Психотерапия депрессии, возможно, непосредственно не влияет на СП [75], если безнадёжность непосредственно не связана с ДР.

Неизменность диагноза связана с динамикой и надёжностью оценки SBD. Высокая диагностическая стабильность на индивидуальном уровне определена дихотомической оценкой СП в течение двух лет.

Сильнейшим предиктором попытки самоубийства служит попытка самоубийства в прошлом [1, 83].

DSM-5 не указывает распространённость SBD. Документированным предиктором СП служит попытка самоубийства в прошлом, но, как и при иных психических расстройствах, течение SBD изменчиво. Некоторые совершают единственную попытку самоубийства, другие – многократные («суицидоманы») или гибнут в результате самоубийства.

Попытки, особо при выборе brutального способа, малой доступности психиатрического лечения, разводе и безработице, служат сильным фактором риска рецидива в течение года у 20% европейских суицидентов (у подростков – до 25%), причём за 2-7 лет – у менее 30% [48]. То есть рецидивы чаще в первый год после предыдущей попытки и затем риск идёт на спад. У повторных попыток риск последующих увеличен вдвое по сравнению с однократной

follow-up care $\geq 55\%$. Treatment of the underlying mental or physical disorder may reduce suicidal impulses or improve the ability to cope with a source of distress. The impulse to hope helps the patient find "reasons to live" rather than seek self-destruction.

The risk of SB is reduced in the treatment of patients with schizophrenia with clozapine [73] and lithium salts, and its anti-suicidal effect is not associated with the stabilization of the affective background [74]. Antidepressants do not necessarily reduce the risk of SB [75, 76]: DR and SB have different neurobiological consequences. In severe (especially psychotic) depression with an actual risk of SB, electroconvulsive therapy is indicated [77]. Certain types of psychotherapy are indicated for suicidal people [78, 79], indicating some specificity in the treatment of SBD.

Among the protective factors are social (formal and informal) support and therapeutic contact. It is possible to reduce the risk of recurrence of SB within SBD with combined (preferably) psychotherapeutic and drug treatment; regular successive observation [80, 81, 82]. Psychotherapy for depression may not directly affect SB [75] unless hopelessness is directly related to DR.

Invariance of the diagnosis is related to the dynamics and reliability of the estimate SBD. High diagnostic stability at the individual level was determined by a dichotomous assessment of SB for two years.

The strongest predictor of a suicide attempt is a previous suicide attempt [1, 83].

DSM-5 does not indicate the prevalence of SBD. A past suicide attempt is a documented predictor of SB, but as with other psychiatric disorders, the course of SBD is variable. Some make a single suicide attempt, others multiple ("suicide addicts") or die as a result of suicide.

Attempts, especially when choosing a brutal method, low availability of psychiatric treatment, divorce and unemployment, are a strong risk factor for relapse within a year in 20% of European suicides (in adolescents – up to 25%), and in 2-7 years – in less than 30% [48]. That is, relapses are more frequent in the first year after the previous attempt and then the risk declines. Repeated trials have twice the risk of subsequent trials compared to single trials [84].

[84].

Попытка и самоубийство – значительно пересекающиеся явления. За четыре года после попытки умирают 10% (в 60% – от суицида), что вчетверо чаще, чем в населении; почти 1/3 совершают повторные попытки.

Попытка служит сильнейшим фактором риска самоубийства $\geq 40\%$ случаев, особо у мужчин. После попытки 1-6% совершают самоубийства в течение первого года, за 9-19 лет примерно столько же – до 5%; среди погибших, неудивительно, почти вдвое больше (8%) мужчин. Видимо, риск суицидов точнее прогнозировать по суицидальной истории у молодых мужчин [48].

Около $\frac{1}{2}$ жертв самоубийств совершали ранее самоповреждения [85].

Риск самоубийства повышен в 30-100 раз в течение года после самоповреждения и сохранён десятилетиями ($\frac{2}{3}$ в первые 15 лет) после первой попытки [86]. Так, 20 [87] – 90% [88] (разброс данных указывает методологические проблемы и разнородность выборок) совершивших попытку повторяют её. Около $\frac{1}{2}$ впервые осмотренных клиницистом в связи с суицидальной попыткой, ранее совершали не менее одной. Риск погибнуть от суицида в 100 раз выше у совершивших ранее попытку, но большинство её не повторяют. Многократные эпизоды самоповреждений увеличивают риск самоубийства, но необходимо подтверждение закономерностей [10].

Риск смертельной попытки наибольший сразу после предыдущей. После суицидальной попытки 3% погибают от суицида в течение года, 9% – пяти лет, затем $\sim 11\%$ [89, 90]. Временное «окно» как критерий SBD означает наибольший риск повторной попытки [87, 88, 91]. Четверть обратившихся в отделение неотложной помощи вслед за попыткой самоубийства повторяли её в ближайшие 90 дней [82].

Самоповреждения служат распространённой причиной госпитализаций. Особо высок риск СП по выписке из психиатрической больницы, особо – в течение 1-2 лет [92, 93]. Каждый шестой повторит самоповреждение в течение года по выписке [94].

Не менее 12-25% суицидентов после тяжёлой попытки регоспитализированы в течение года [95]. Риск и частота рецидивов СП зависят от возраста, пола, диагноза и тяжести последствий предыдущей попытки [83, 88, 96]. Так, повторы СП часты при личностных расстройствах (асоциальные, пограничные) и злоупотребляющих ПАВ [88, 97], $\geq 1\%$ погибли вследствие суицида [88]. Депрессия у 1/3 по-

Attempt and suicide are significantly overlapping phenomena. In four years after the attempt, 10% die (in 60% - from suicide), which is four times more likely than in the population; almost 1/3 make repeated attempts.

Attempt is the strongest risk factor for suicide in $\geq 40\%$ of cases, especially in men. After an attempt, 1-6 % commit suicide during the first year, for 9-19 years, about the same – up to 5%; among the dead, unsurprisingly, there are almost twice as many (8%) men. Apparently, the risk of suicide is more accurately predicted by the suicidal history in young men [48].

About $\frac{1}{2}$ of suicide victims have previously committed self-harm [85].

The risk of suicide is increased 30-100 times within a year after self-harm and persists for decades ($\frac{2}{3}$ in the first 15 years) after the first attempt [86]. So, 20 [87] to 90% [88] (the scatter of data indicates methodological problems and heterogeneity of samples) who made an attempt repeat it. About $\frac{1}{2}$ first seen by a clinician in connection with a suicide attempt had previously made at least one. Those who have attempted suicide are 100 times more likely to die from suicide, but most do not repeat it. Repeated episodes of self-harm increase the risk of suicide, but patterns need to be confirmed [10].

The risk of a fatal attempt is greatest immediately after the previous one. After a suicide attempt, 3% die from suicide within a year, 9% – five years, then $\sim 11\%$ [89, 90]. The time window as a criterion for SBD means the greatest risk of retry [87, 88, 91]. A quarter of those who came to the emergency department after a suicide attempt repeated it in the next 90 days [82].

Self-harm is a common cause of hospitalizations. The risk of SB upon discharge from a psychiatric hospital is especially high, especially within 1–2 years [92, 93]. One in six will repeat self-harm within a year of discharge [94].

At least 12-25 % of suicides after a severe attempt are rehospitalized within a year [95]. The risk and frequency of recurrence of SB depend on age, gender, diagnosis, and the severity of the consequences of the previous attempt [83, 88, 96]. Thus, repetitions of SB are frequent in personality disorders (asocial, borderline) and substance abusers

вторивших попытку в течение месяца по психиатрической выписке [97].

Самооценка до 1/2 выписываемых больных из психиатрического стационара указывают на депрессию, риск СП и отказ от поддерживающего лечения [98].

Надёжность диагноза связана с его стабильностью [99].

SBD соответствует критериям психического диагноза без патологизации варианта нормального поведения.

Психическое расстройство [100] как «поведенческий или психологический синдром» вызывает «клинически значимый дистресс (болезненный симптом) и / или нарушение в одной или нескольких важных областях функционирования» [11]. Согласно МКБ-10, под психическим расстройством понимают перечень клинически значимых симптомов или поведенческих признаков, обычно причиняющих страдание и препятствующих функционированию личности. В МКБ 11 «Симптомы вызывают дистресс или нарушения в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования».

СП не обязательно сочетано с диагностированной психопатологией, но всегда связано с дистрессом и «подпороговыми» (субсиндромальными) психическими расстройствами. Попытки самоубийства спровоцированы жизненными неблагоприятными обстоятельствами (микросоциальный конфликт по А. Амбрумовой), изнурительным / неизлечимым телесным недугом или денежными затруднениями [101, 102]. Большинство людей сталкиваются с тяготами жизни («для веселия планета наша мало оборудована». В. Маяковский), не приводящими к СП, но возможны мысли о самоубийстве в контексте актуального «клинически значимого дистресса», пусть и психологически объяснимого.

СП ограничивает временно или постоянно функционирование, учитывая прямое негативное влияние на функционирование и медицинские последствия в виде смерти или травмы.

Клиническая полезность (потребность) SBD – в разработке стандартизированной суицидологической номенклатуры, способствующей улучшению выявления и лечения пациентов группы риска и информирования клиницистов [80, 103].

Многие (24-66%) пациенты в течение года до самоубийств обращались к психиатру [104, 105, 106]. При этом медработники недостаточно обучены

[88, 97], $\geq 1\%$ died due to suicide [88]. Depression in 1/3 of those who repeated the attempt within a month of psychiatric discharge [97].

Self-assessment of up to 1/2 of discharged patients from a psychiatric hospital indicates depression, risk of SB, and refusal of maintenance treatment [98].

Diagnosis Reliability is related to its stability [99].

SBD meets the criteria for a psychiatric diagnosis without pathologizing a variant of normal behavior.

Mental disorder [100] as a “behavioral or psychological syndrome” causes “clinically significant distress and/or impairment in one or more important areas of functioning” [11]. According to ICD-10, a mental disorder is understood as a list of clinically significant symptoms or behavioral signs that usually cause suffering and interfere with the functioning of the individual. In ICD 11, “Symptoms cause distress or impairment in personal, family, social, educational, professional and other important areas of functioning.”

SB is not necessarily associated with diagnosed psychopathology but is always associated with distress and “subthreshold” (subsyndromal) mental disorders. Suicide attempts are provoked by unfavorable life circumstances (microsocial conflict according to A. Ambrumova), debilitating / incurable bodily illness or financial difficulties [101, 102]. Most people face the hardships of life (“our planet is not well equipped for fun.” V. Mayakovsky) that do not lead to SB, but thoughts of suicide are possible in the context of actual “clinically significant distress”, albeit psychologically explicable.

The SB restricts temporarily or permanently the functioning, given the direct negative impact on the functioning and medical consequences in the form of death or injury.

Clinical utility SBD (the need for it) lies in the development of a standardized suicidological nomenclature that contributes to improved identification and treatment of patients at risk and informing clinicians [80, 103].

Many (24-66%) patients consulted a psychiatrist within a year before committing suicide [104, 105, 106]. At the same time, healthcare workers are not sufficiently trained in risk assessment of SB [107, 108].

оценке риска СП [107, 108]. Клиницисты непоследовательно спрашивают пациентов о самоповреждениях [109, 110], порой в уничижительном ключе [103], без учёта этнического [111] и культурального фона; смешивают попытку самоубийства (прерванный суицид) и несуйцидальные самоповреждения, поразному прогнозирующие риск СП [112, 113]. Путаница снижает возможности кризисной помощи [49, 114].

Без общепринятых руководств или стандартизированных измерений оценки СП клиницистами различаются. Пункты шкал о СП без его определения приводят к неверному пониманию вопроса [49, 115].

Если пациент отрицает депрессивное настроение при полуструктурированной оценке, клиницист, возможно, не заинтересуется СП; если не сообщит о нарушении контроля эмоций и межличностных трудностях – может не спросить о самоповреждениях. Находящиеся в группе риска суйцидальной попытки могут быть упущены. Сведения о СП и его риске теряются в выписном эпикризе [116].

Персонал, включая клинических психологов, ординаторов и медсестер, недоверчив к обучению [107, 117]. Однако и сообщающие об обучении оценке риска самоубийства упускают ключевые вопросы оценки риска [118]. Проблемы решаемы тренингами оценки риска суйцида [119].

Рекомендации легче внедрить при согласованных определении и оценке SBD – улучшит выявление краткосрочного риска повторной попытки. Например, SBD в электронных медицинских записях выделит пациентов с высоким риском СП, требующих повышенного внимания и преемственного лечения [82, 120, 121, 122].

При точной и универсальной оценке СП масштабные проспективные исследования факторов риска станут точнее и многостороннее, высвечивая новые терапевтические цели [122, 123].

SBD расширит возможности целевой помощи в постсуйцидальном периоде, сосредоточив внимание на девиантном поведении без медикализации или стигматизации.

Включение SBD принесёт пользу клинической помощи за счёт лучших осведомленности и взаимодействия клиницистов, и повышения вероятности, что пациенты с прошлыми (и возможными будущими) попытками самоубийства будут распознаны и получат лечение в особых программах, как происходит (должно происходить) с больными ПРЛ и зависимыми от ПАВ (также мишеней стигматизации).

Clinicians inconsistently ask patients about self-harm [109, 110], sometimes in a derogatory manner [103], without regard to ethnic [111] and cultural background; confuse attempted suicide (suicide interruption) and non-suicidal self-harm, which predict the risk of SB in different ways [112, 113]. Confusion reduces the possibility of crisis assistance [49, 114].

Without generally accepted guidelines or standardized measurements, clinician estimates of SB vary. Points of scales about SB without its definition lead to an incorrect understanding of the issue [49, 115].

If the patient denies depressive mood on a semi-structured assessment, the clinician may not ask about SB; if he doesn't report impaired emotional control and interpersonal difficulties, he may not ask about self-harm. Those at risk of a suicide attempt may be missed. Information about SB and its risk is lost in the discharge summary [116].

Staff, including clinical psychologists, residents, and nurses, are distrustful of training [107, 117]. However, those who report learning to assess suicide risk miss the key questions of risk assessment [118]. Problems are solved by training in assessing the risk of suicide [119].

Recommendations are easier to implement with consistent SBD definition and evaluation – will improve identification of short-term retry risk. For example, SBD in electronic health records will highlight patients at high risk of SB requiring increased attention and successive care [82, 120, 121, 122].

With an accurate and universal assessment of SB, large prospective studies of risk factors will become more accurate and versatile, highlighting new therapeutic targets [122, 123].

SBD will expand targeted post-suicidal care by focusing on deviant behavior without medicalization or stigmatization.

The inclusion of SBD will benefit clinical care through better clinician awareness and engagement, and increased likelihood that patients with past (and potential future) suicide attempts will be recognized and treated in specific programs, as is (should) be the case with BPD patients and addicts. Surfactants (also targets of stigmatization).

Potential harm. Psychiatry is increasingly turning public health problems

Потенциальный вред. Психиатрия всё чаще превращает проблемы общественного здоровья (как СП, зависимость от азартных игр в интернете, употребление ПАВ) в расстройства, что упрощает поведение. SBD – не единственное поведенческое расстройство в МКБ или DSM, а не типичный синдром или совокупность сопутствующих симптомов.

СП возможно и типично вне психических расстройств в ответ на интенсивные социальные дистрессы [102, 124] и в контексте психического расстройства, вследствие острого психосоциального дистресса (неблагоприятными жизненными обстоятельствами), то есть эмоциональной реакцией на экстремальные обстоятельства «практически здоровых», составляющих большинство суицидентов, по А. Амбрумовой. Причём суицидальный кризис выходит за рамки «нормального реагирования».

Не все психически больные склонны к СП, и, важнее, не каждый суицидент – психически или диагностирован как психически больной.

Весомы аргументы за и против смерти или самоубийства при содействии врача в контексте неизлечимой болезни или пожизненной инвалидности [125, 126].

Чрезмерная медикализация (патологизация) СП [127] ведёт к стигматизации совершающих суицидальные и несуйцидальные [128] самоповреждения.

Диагноз SBD может ограничить выбор суицидентами медицинской помощи, увеличить ответственность психиатров и количество судебных исков. SBD увеличит затраты времени на клиническую оценку СП, что окупится и (большой частью) вне медицинской матрицы. Пока доказательства вреда медикализации и чрезмерной диагностики в психиатрии ограничены [129].

Перспективы. Предстоит всесторонняя оценка баланса преимуществ и недостатков дополнительного диагноза DSM и МКБ на основе современной базы данных и целевых исследований. У SBD проблемы надёжности и клинической полезности. Рабочие критерии акцентированы на внешнюю форму СП. Однако опция «ремиссии СП» более двух лет позволяет не потерять суицидента с учетом долговременного (пожизненного?) риска СП.

Необходимо уточнение показателей коморбидности SBD.

Популяционные исследования СП с опорой на базы медицинских данных на местном и федеральном уровнях позволяют выявить новые (уточняют новые-старые) предикторы риска СП.

(like SB, online gambling addiction, substance use) into disorders that simplify behavior. SBD is not the only behavioral disorder in the ICD or DSM, and is not a typical syndrome or constellation of associated symptoms.

SB is possible and typically outside of mental disorders in response to intense social distress [102, 124] and in the context of a mental disorder due to acute psychosocial distress (adverse life circumstances), that is, an emotional reaction to extreme circumstances of “practically healthy” who make up the majority of suicides, according to A. Ambrumova. Moreover, the suicidal crisis goes beyond the “normal response”.

Not all mental patients are prone to SB, and, more importantly, not every suicidal person is mentally ill or diagnosed as mentally ill.

There are weighty arguments for and against physician-assisted death or suicide in the context of a terminal illness or lifelong disability [125, 126].

Excessive medicalization (pathologization) of SB [127] leads to stigmatization of those committing suicidal and non-suicidal [128] self-harm.

The diagnosis of SBD may limit suicidal choices of medical care, increase the liability of psychiatrists, and increase the number of lawsuits. SBD will increase the time spent on clinical assessment of SB, which will pay off and (mostly) outside the medical matrix. So far, evidence for the harms of medicalization and overdiagnosis in psychiatry is limited [129].

Perspectives. A comprehensive assessment of the balance of advantages and disadvantages of the additional diagnosis of DSM and KSD based on a modern database and case studies remains to be done. SBD has issues of reliability and clinical usefulness. Working criteria are focused on the external form of SB. However, the option of “remission of SB” for more than two years allows not to lose a suicidal person, taking into account the long-term (lifelong?) risk of SB.

It is necessary to clarify the indicators of SBD comorbidity.

Population-based studies of SB based on medical databases at the local and federal levels will identify new (refine new-old) risk predictors of SB.

Сегодня DSM-5 оказывает медвежью услугу исследователям, «полу-включением» СП. Необходимы исследования диагностической стабильности SBD, пока же экстраполируем данные о «постоянстве» СП.

Выявление генетических маркеров и биологических связей с СП и NSSI, областей «суицидального мозга», лучшее понимание факторов риска СП и NSSI (как когнитивных и личностных предикторов) с учётом гендерных различий улучшат диагностику и повысят результативность индивидуализированных лечебно-профилактических программ.

Клиника ожидает валидации диагностических шкал (как SITBI и C-SSRS) в отечественных выборках. Пока же SBD охватывает только пытавшихся покончить с собой, не способствуя предотвращению гибели во время первой попытки.

Один из факторов малой эффективности предикторов связан с тем, насколько хорошо они идентифицированы и отслежены в историях болезни. Если нет признаков ДР и / или ППЛ, пациент не сообщает о СП, у клинициста нет места (и времени) для выявления СП в прошлом. Надёжность оценки СП проблематична. На вопрос «Когда-то пытались покончить с собой?», ответы часто неточны [130, 131, 132]. Важная информация может быть упущена. Больницы с надёжными методами документирования риска самоубийства могут структурировать медицинские записи, чтобы данные регистрировались, но в менее структурированных учреждениях риск не выявления СП значителен.

При ограниченных исследованиях SBD, изучение СП обширно и применено к пониманию SBD. Рабочие критерии обеспечивают полезное начало исследований расстройства, но могут и должны быть уточнены.

Критерии SBD *следует* переформулировать [133]: 1) наличие суицидальных мыслей / намерений в последние две недели (СП среди других симптомов); 2) другие симптомы, связанные с СП (психическое расстройство, безнадежность, агитация) за последние две недели; 3) исключены суицидальные мысли и поведение, санкционированные обществом/культурой. Предложены спецификаторы для нескольких попыток или попытки в прошлом месяце.

Альтернативное предложение SBD устраняет ряд ограничений, в большей степени согласно с переходом суицидологии к объективу, ориентированному на профилактику. Предложены два «пресуицидальных» расстройства: острое суицидальное аффек-

Today, DSM -5 does a disservice to researchers by "semi-inclusion" of SB. Studies of the diagnostic stability of SBD are needed, but for now, we extrapolate data on the "permanence" of SB.

Identification of genetic markers and biological links with SB and NSSI, areas of the "suicidal brain", a better understanding of risk factors for SB and NSSI (as cognitive and personality predictors), taking into account gender differences, will improve diagnosis and increase the effectiveness of individualized treatment and prevention programs.

The clinic is waiting for the validation of diagnostic scales (like SITBI and C-SSRS) in domestic samples. So far, SBD only covers those who attempted suicide, without contributing to the prevention of death during the first attempt.

One factor in the poor performance of predictors has to do with how well they are identified and tracked in case histories. If there are no signs of DR and/or BPD, the patient does not report SB, there is no place (and time) for the clinician to identify past SB. The reliability of the SB estimate is problematic. To the question "Have you ever tried to commit suicide?", the answers are often inaccurate [130, 131, 132]. Important information may be missed. Hospitals with good methods for documenting suicide risk may structure medical records so that data is recorded, but in less structured settings the risk of not detecting SB is significant.

With limited research on SBD, the study of SB is extensive and applied to the understanding of SBD. The performance criteria provide a useful start to research on the disorder, but can and should be refined.

SBD Criteria *should be* reformulated [133]: 1) the presence of suicidal thoughts/intentions in the last two weeks (SB among other symptoms); 2) other symptoms associated with SB (mental distress, hopelessness, agitation) in the last two weeks; 3) suicidal thoughts and behaviors sanctioned by society/culture are excluded. Suggested specifiers for multiple attempts or last month's attempt.

SBD alternative proposal removes a number of limitations, more in line with the transition of suicidology to a prevention-oriented lens. Two "pre-suicidal" disorders

тивное расстройство (ASAD) и синдром суицидального кризиса (SCS), включающие разные симптомы, но подчёркивающие диагностические критерии, могущие помочь клиницистам идентифицировать пациентов, наиболее подверженных риску самоубийства во время клинического контакта. Критерии ASAD включают четыре основных признака: резкое усиление суицидальных намерений, социальное отчуждение (самоизоляция), безнадёжность и чрезмерное возбуждение (бессонница, раздражительность или возбуждение). Первоначальные исследования демонстрируют обоснованность, надёжность и полезность ASAD [56, 134].

SCS включает пять основных компонентов: ощущение ловушки, аффективное расстройство, потерю когнитивного контроля, перевозбуждение и социальную изоляцию [135, 136].

Помимо выделения группы риска без суицидального анамнеза, улучшена оценка риска самоубийства, изменчивого в режиме реального времени в связи с быстрыми изменениями психического состояния. Включение ASAD или SCS в DSM в ожидании дальнейших исследований обеспечит и другие клинические преимущества SBD без некоторых из вышеупомянутых ограничений.

В связи с изменением диагностических подходов, внедрением новых классификаций и диагностических категорий актуально выделение дискриминирующих (сущностных – неотъемлемого свойства; максимально специфичных), облигатных и факультативных симптомов и синдромов, уточнение границ СП в рамках межнациональной номенклатуры, пригодной для медицинской документации и целям вторичной и третичной профилактики.

Учитывая низкую надёжность оценки СП, рекомендованы широкомасштабные проспективные исследования для укрепления надёжности оценок SBD.

Повышено внимание к нейробиологической основе СП. Исследования биомаркеров в зачаточном состоянии, но многообещающие.

Мало известно о распространённости NSSI в клинических и неклинических выборках, долгосрочном течении (изменчивости) при увеличении риска в подростковом возрасте, особо депрессивных дев. Малоизвестны динамические взаимосвязи NSSI и SBD.

Ограничения. В разделе МКБ-11 не найдём прогресса по сравнению с предыдущей версией как свидетельство запутанности регистрации и диагностики СП. В главе 24 диагностические категории

have been proposed, Acute Suicidal Affective Disorder (ASAD) and Suicidal Crisis Syndrome (SCS), which include different symptoms but emphasize diagnostic criteria that may help clinicians identify patients most at risk of suicide during clinical contact. ASAD criteria include four main features: a sharp increase in suicidal intent, social withdrawal (self-isolation), hopelessness, and excessive arousal (insomnia, irritability, or arousal). Initial studies demonstrate the validity, reliability, and usefulness of ASAD [56, 134].

SCS includes five main components: feeling trapped, affective disorder, loss of cognitive control, overexcitation, and social isolation [135, 136].

In addition to identifying a risk group without a history of suicide, an improved assessment of the risk of suicide, which is variable in real time due to rapid changes in mental state. The inclusion of ASAD or SCS in the DSM, pending further research, would provide other clinical benefits of SBD without some of the aforementioned limitations.

In connection with the change in diagnostic approaches, the introduction of new classifications and diagnostic categories, it is important to single out discriminating (essential of an integral property; as specific as possible), obligate and optional symptoms and syndromes, clarify the boundaries of the SB within the framework of an international nomenclature suitable for medical documentation and the purposes of secondary and tertiary prevention.

Given the low reliability of SB estimates, large-scale prospective studies are recommended to strengthen the reliability of SBD estimates.

Increased attention to the neurobiological basis of SB. Biomarker research is in its infancy but promising.

Little is known about the prevalence of NSSI in clinical and non-clinical samples, long-term course (variability) with increased risk in adolescence, particularly depressed virgins. Little is known about the dynamic relationship between NSSI and SBD.

Restrictions. In the ICD-11 section, we will not find progress compared to the previous version as evidence of the complexity of registering and diagnosing joint ventures. In Chapter 24, the diagnostic cate-

указаны без уточнения преднамеренности: «повреждение может исходить от пострадавшего и/или его (её) окружения». При этом выделены преднамеренные повреждения, среди которых в одном ряду упомянуты употребление ПАВ, членовредительство, самоубийство. Порез запястья классифицирован в Главах 22 («NC52 Открытая рана запястья или руки» или 23 («PC53 Преднамеренное членовредительство в результате пореза или прокола острым предметом» или в обеих. В повседневной практике (приёмного покоя многопрофильной больницы) врачи запишут самоповреждение согласно клинической картине и месту поражения; установление преднамеренности эпизода не имело первостепенного значения. Очевидный клинический знак (обычно физический) регистрируется в ущерб эмоциональному (психологическому) и происхождению травмы. Верится, на ранних этапах внедрения МКБ-11 потенциальному источнику ошибок в учёте СП будет уделено внимание.

Традиционное различие терминов «самоубийства» и её «попытки (прерванного суицида)» размыто из-за растущего использования смертельных методов и совершенствования неотложной помощи и реанимации. Первый повышает риск смерти при «потенциальной попытке», второй – предотвращает смертельные исходы.

Реальные уровни СП неизвестны, поскольку попытки скрыты и отрицаются.

Основная проблема SBD в сосредоточии на истории СП. Оценка риска СП по единственному, пусть весомому, показателю неточна и непоследовательна, что затрудняет выявление группы риска СП без попыток самоубийств. Взаимосвязь суицидальных мыслей как этапа континуума СП и самоубийств (внешняя форма СП) далеко от понимания. МКБ-11 не облегчает различие между ними.

Не учтены суицидальные мысли как внутренние формы СП.

Мысли о суициде утешают бессонными ночами. *А.Шопенгауэр*

При возможной диагностической стабильности (риск рецидива после попытки самоубийства) сохранены вопросы надёжности оценки SBD. Для практических целей в DSM и МКБ полезны валидированная оценка суицидального риска, а не только диагностические критерии SBD.

Заключение

Приоритетом медицинских служб и правительств является более эффективное выявление лиц с

gories are specified without specifying intent: "damage may come from the victim and/or his (her) environment." At the same time, intentional injuries are highlighted, among which the use of psychoactive substances, self-mutilation, and suicide are mentioned in the same row. Wrist cuts are classified in Chapters 22 ("NC52 Open wound of the wrist or hand" or 23 ("PC53 Intentional self-harm resulting from a cut or puncture with a sharp object" or both). the site of the injury; establishing intentionality of the episode was not of paramount importance. An obvious clinical sign (usually physical) is recorded to the detriment of the emotional (psychological) and origin of the injury. It is believed that in the early stages of the implementation of ICD-11, a potential source of error in recording SB will be addressed.

The traditional distinction between the terms "suicide" and her "attempted (interrupted suicide)" is blurred due to the growing use of lethal methods and improvements in emergency care and resuscitation. The first increases the risk of death in a "potential attempt", the second prevents deaths.

The actual SB levels are unknown as attempts are hidden and denied.

The main problem with SBD focusing on the history of SB. The assessment of the risk of SB by a single, albeit significant, indicator is inaccurate and inconsistent, which makes it difficult to identify a risk group for SB without attempting suicide. The relationship between suicidal thoughts as a stage of the SB continuum and suicide (the external form of SB) is far from being understood. ICD-11 does not make it easy to distinguish between the two.

Suicidal thoughts as internal forms of SB are not taken into account.

Thoughts of suicide comfort sleepless nights. *A. Schopenhauer*

With possible diagnostic stability (risk of recurrence after a suicide attempt), questions about the reliability of the SBD assessment remain. For practical purposes, a validated suicidal risk assessment is useful in the DSM and ICD, not just the diagnostic criteria for SBD.

Conclusion

Better identification of individuals at high risk of suicide is a priority for health services and governments. Finding ways to

высоким риском самоубийства. Поиск способов выявления подверженных риску СП – ключевая задача общественного здравоохранения, но исследователи и клиницисты в тупике в стремлении снизить уровень СП стратегиями многоуровневой профилактики. Прогноз СП не лучше случайности, особенно краткосрочного риска. СП по-разному связано с факторами риска, предполагая этиологическую неоднородность. Способность прогноза СП пока немного лучше, чем случайность, хотя внимание уделено вмешательствам по предотвращению СП.

При «наличии отсутствия» эффективного алгоритма прогнозирования СП, улучшенное распознавание и понимание клинических, психологических, социологических и биологических факторов способствует лучшей выявляемости лиц группы высокого риска и выбору эффективных форм и методов и гарантировать надлежащее и своевременное лечение.

При прогнозе самоубийств дополнения в следующих версиях МКБ и DSM улучшат оценку суицидального риска и, следовательно, лечение пациентов в выделенной группе-мишени целевых лечебно-профилактических мероприятий.

Выделение SBD как диагностической единицы, независимой от психических расстройств [137], обосновано и практически полезно [138, 139].

SBD и синдром несуицидальных самоповреждений (Nonsuicidal self-injury disorder) могут быть включены в новые версии МКБ и DSM. Исследования подтвердят достоверность, надёжность, клиническую полезность и этическую обоснованность SBD и альтернативных дополнений в помощь клиницистам принимать наилучшие решения.

SBD соответствует характеристикам психиатрического диагноза (DSM-5). Диагноз достоверен на основании современных доказательных целостных (биопсихосоциальных) данных и стабилен в долгосрочной перспективе со специфическими течением и реакцией на лечение. Соблюдены онтологический (диагноз на протяжении жизни); категориальный / описательный; дименсиональный / измерительный (оценка риска СП и его последствий): согласованные мнения рабочих групп, связь с биологическими и генетическими (?) маркерами; результаты повторных обширных исследований, причём некоторые – «высокого методологического качества») диагностические принципы DSM и МКБ-11. Гибкость диагностики – в учёте изменчивости и относительности (индивидуального уровня функционирования и культурных норм); допускается высокая сочетае-

identify at-risk SB is a key public health challenge, but researchers and clinicians are at a dead end in trying to reduce SB with multilevel prevention strategies. The prognosis of SB is no better than chance, especially short-term risk. SB is associated with risk factors in various ways, suggesting etiological heterogeneity. The ability to predict SB is still slightly better than chance, although attention has been given to interventions to prevent SB.

In the absence of an effective algorithm for predicting SB, improved recognition and understanding of clinical, psychological, sociological and biological factors contributes to better identification of high-risk individuals and the choice of effective forms and methods and guarantee appropriate and timely treatment.

In predicting suicide, additions to future versions of the ICD and DSM will improve the assessment of suicidal risk and therefore the treatment of patients in the selected target group of targeted interventions.

Isolation of SBD as a diagnostic unit independent of mental disorders [137] is justified and practically useful [138, 139].

SBD and Nonsuicidal Self-Injury Syndrome (Nonsuicidal self-injury disorder) may be included in new versions of the ICD and DSM. Research will confirm the validity, reliability, clinical usefulness, and ethical soundness of SBD and alternative supplements to help clinicians make the best decisions.

SBD meets the characteristics of a psychiatric diagnosis (DSM-5). The diagnosis is reliable on the basis of modern evidence-based holistic (biopsychosocial) data and is stable in the long term with a specific course and response to treatment. Complied with ontological (diagnosis throughout life); categorical/descriptive; dimensional / measuring (assessment of the risk of SB and its consequences): agreed opinions of working groups, connection with biological and genetic (?) markers; results of repeated extensive studies, some of which are of "high methodological quality") diagnostic principles of the DSM and ICD-11. Flexibility of diagnostics must take into account variability and relativity (individual level of functioning and cultural norms); high compatibility of disorders is allowed; the importance of reduced functioning is emphasized.

мость расстройств; подчеркнута значимость снижения функционирования.

Рекомендации APA [11] помогут внести дополнения в МКБ. СП, вероятно, выделяют самостоятельной осью, как в DSM-IV оси IV и V, отражающие серьёзность психосоциальных проблем и обобщённую оценку психических, социальных и профессиональных функций человека при обследовании и за последний год. Многоосевой подход способствует лучшему пониманию вклада биологических, психологических и социальных факторов в суицидогенез.

«Легализация» SBD повысит уровень последовательной оценки и лечения СП, улучшит преемственное управление риском СП и обучение профессионалов и добровольцев навыкам суицидологии [140]; облегчит социально-экономическое бремя самоубийств. SBD обеспечит универсальный язык исследователей, психиатров и врачей общей практики.

APA recommendations [11] will help to amend the ICD. SB is likely to be singled out as an independent axis, as in DSM-IV, axes IV and V, reflecting the severity of psychosocial problems and a generalized assessment of the mental, social and professional functions of a person during the examination and over the past year. A multi-axial approach will contribute to a better understanding of the contribution of biological, psychological and social factors to suicidogenesis.

The “legalization” of SBD will increase the level of consistent assessment and treatment of SB, improve the successive risk management of SB, and the training of professionals and volunteers in the skills of suicidology [140]; ease the socio-economic burden of suicide. SBD will provide a universal language for researchers, psychiatrists and general practitioners.

Литература / References:

1. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Всемирная организация здравоохранения, 2014; 96. [Suicide prevention: a global imperative. World Health Organization, 2014; 96.] (In Russ)
2. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *BMJ*. 2019; 364: 194. DOI: 10.1136/bmj.194
3. Stone D.M., Crosby A.E. Suicide Prevention. *Am. J. Lifestyle Med.* 2014; 8 (6): 404-420. DOI: 10.1177/1559827614551130
4. Боев О.И., Бычкова О.Г. Мониторинг преднамеренных самоповреждений как перспективное направление профилактики суицидов. *Общественное здоровье*. 2022; 2 (1): 35-46. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-35-46 [Boev O.I., Bychkova O.G. Monitoring of intentional self-harm as a promising direction of suicide prevention. *Public health*. 2022; 2 (1): 35-46. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-35-46] (In Russ)
5. Зотов П.Б., Спадерова Н.Н., Рейхерт Л.И., Гарагашева Е.П., Бухна А.Г., Приленский Б.Ю. Суицидальные попытки в Тюмени в 2012–2020 гг.: опыт организации системы выявления и учёта. *Российский психиатрический журнал*. 2021; 5: 14-20. DOI: 10.47877/1560-957X-2021-10502 [Zotov P.B., Spaderova N.N., Reichert L.I., et al. Suicidal attempts in Tyumen in 2012–2020: experience of organizing a system of identification and accounting. *Russian Journal of Psychiatry*. 2021; 5: 14–20.] (In Russ)
6. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
7. Чуприков А.П., Пилигина Г.Я., Войцех В.Ф. Глоссарий суицидологических терминов. Киев, 1999. [Chuprikov A.P., Pilyagina G.Ya., Wojciech V.F. Glossary of suicidal terms. Kiev, 1999.] (In Russ)
8. O'Connor R.C., Nock M.K. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1 (1): 73-85.
9. Зинчук М.С., Аведисова А.С., Гехт А.Б. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска. *Журнал неврологии психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019; 119 (3): 108-119. [Zinchuk M.S., Avedisova A.S., Geht A.B. Non-suicidal self-injurious behavior in non-psychotic mental disorders: epidemiology, social and clinical risk factors. *Journal of Neurology of Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2019; 119 (3): 108 119.] (In Russ)
10. Суицидальные и несуицидальные самоповреждения подростков / Коллективная монография. Под редакцией проф. П.Б. Зотова. Тюмень: Вектор Бук, 2021. 472 с. ISBN 978-5-91409-537-3 [Suicidal and non-suicidal self-harm of adolescents / Collective monography. Edited by Prof. P.B. Zotov. Tyumen: Vector Book, 2021. 472 p. ISBN 978-5-91409-537-3] (In Russ)
11. Kendler K., Kupfer D., Narrow W., et al. Guidelines for Making Changes to DSM-V Revised 10/21/09. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2009.
12. Regier D.A., Kuhl E.A., Kupfer D.J. The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013; 12: 92-98.
13. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. [Shneidman E. The soul of a suicide. M.: Sense, 2001.] (In Russ)
14. Franklin J.C., Ribeiro J.D., Fox K.R., et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychol. Bull.* 2017; 143: 187-232. DOI: 10.1037/bul0000084
15. Turecki G., Brent D.A. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016; 387: 1227-1239. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
16. O'Connor R.C., Nock M.K. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1: 73–85. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6
17. Mirkovic B., Laurent C., Podlipski M.A., et al. Genetic Association Studies of Suicidal Behavior: A Review of the Past 10 Years, Progress, Limitations, and Future Direc-

- tions. *Front Psychiatry*. 2016; 7: 158. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00158
18. Sokolowski M., Wasserman J., Wasserman D. An overview of the neurobiology of suicidal behaviors as one meta-system. *Mol. Psychiatry*. 2015; 20: 56-71. DOI: 10.1038/mp.2014.101
19. Qin P., Agerbo E., Mortensen P.B. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002; 360: 1126-1130.
20. Runeson B., Åsberg M. Family history of suicide among suicide victims. *Am J Psychiatry*. 2003; 60: 1525-1526. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.8.1525
21. Haw C., Hawton K., Niedzwiedz C., Platt S. Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms. *Suicide Life Threat Behav*. 2013; 43: 97-108. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.00130.x
22. Brent D.A., Oquendo M., Birmaher B., et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002; 59: 801-807. DOI: 10.1001/archpsyc.59.9.801
23. Canetto S.S., Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life-Threatening Behav*. 1998; 28 (1): 1-23.
24. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D., Sarchiapone M., Sokolowski M., Titelman D., et al. The European psychiatric association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012; 27: 129-141. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003
25. Langhinrichsen-Rohling J., Friend J., Powell A. Adolescent suicide, gender, and culture: a rate and risk factor analysis. *Aggr Violent Behav*. 2009; 14: 402-414. DOI: 10.1016/j.avb.2009.06.010
26. Welch S.S. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr. Serv*. 2001; 52: 368-375. DOI: 10.1176/appi.ps.52.3.368
27. Уманский М.С., Зотова Е.П. Суицидальные попытки: соотношение мужчин и женщин. *Девиантология*. 2018; 2 (1): 30-35. [Umansky M.S., Zotova E.P. Suicide attempts: the ratio of men and women. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (1): 30-35.] (In Russ)
28. Schrijvers D.L., Bollen J., Sabbe B.G. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J. Affect. Dis*. 2011. DOI: 10.1016/j.jad.2011.03.050
29. Drapeau C., McIntosh J. USA suicide 2013: official final data. *Am Assoc Suicidol*. (2015) Available online at: <http://www.suicidology.org/portals/14/docs/resources/factsheets/2013datapgs2alt.pdf> (accessed November 18, 2016).
30. Troya M.I., Spittal M.J., Pendrous R., et al. Suicide rates amongst individuals from ethnic minority backgrounds: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2022; 47: 101399. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101399
31. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико - эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. 232. [Polozhiy B.S. Suicidal behavior (clinical, epidemiological and ethno-cultural aspects). Moscow: RIO "FSU SSC SSP named after V.P. Serbsky", 2010. 232.] (In Russ)
32. Ream G.L. What's unique about lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth and young adult suicides? Findings from the national violent death reporting system. *J. Adolesc. Health*. 2019; 64: 602-607. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2018.10.303
33. Busby D.R., Horwitz A.G., Zheng K., et al. Suicide risk among gender and sexual minority college students: the roles of victimization, discrimination, connectedness, and identity affirmation. *J. Psychiatr. Res*. 2020; 121: DOI: 182-8.10.1016/j.jpsychires.2019.11.013
34. Zwickl S., Wong A.F.Q., Dowers E. et al. Factors associated with suicide attempts among Australian transgender adults. *BMC Psychiatry*. 2021; 21: 81. DOI: 10.1186/s12888-021-03084-7
35. Azúa Fuentes E., Rojas Carvallo P., Ruiz Poblete S. Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio [Bullying as a risk factor for depression and suicide]. *Rev. Chil. Pediatr*. 2020; 91 (3): 432-439.
36. Mirza S., Docherty A.R., Bakian A., et al. Genetics and epigenetics of self-injurious thoughts and behaviors: Systematic review of the suicide literature and methodological considerations. *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet*. 2022; 189 (7-8): 221-246. DOI: 10.1002/ajmg.b.32917
37. Anestis M.D., Selby E.A., Butterworth S.E. Rising longitudinal trajectories in suicide rates: the role of firearm suicide rates and firearm legislation. *Prev. Med*. 2017; 100: 159-166. DOI: 10.1016/j.ypmed.2017.04.032
38. Yip P.S., Caine E., Yousuf S., et al. Means restriction for suicide prevention. *Lancet*. 2012; 23 (9834): 2393-2399. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60521-2
39. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М, 1980; 48. [Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Diagnostics of suicidal behavior. Methodical recommendations. M, 1980; 48.] (In Russ)
40. McMillan K.A., Enns M.W., Asmundson G.J., Sareen J. The association between income and distress, mental disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. *J. Clin. Psychiatry*. 2010; 71 (9): 1168-1175. DOI: 10.4088/JCP.08m04986gry
41. Vandoros S., Kawachi I. Economic uncertainty and suicide in the United States. *Eur. J. Epidemiol*. 2021; 36 (6): 641-647. DOI: 10.1007/s10654-021-00770-4
42. Розанов В.А., Семенова Н.В., Вукс А.Я. и соавт. Самоубийства во время пандемии COVID-19 – хорошо ли мы осведомлены о текущих рисках и перспективах? *Consort. Psychiatr*. 2021; 2 (1): 32-39. DOI: 10.17816/CP56 [Rozanov V.A., Semenova N.V., Vux A.Ya. et al. Suicides during the COVID-19 pandemic – are we well aware of the current risks and prospects? *Consort. Psychiatr*. 2021; 2 (1): 32-39. DOI: 10.17816/CP56] (In Russ)
43. Кекелидзе З.И., Положий Б.С., Бойко Е.О. и др. Суициды в период пандемической самоизоляции. *Российский психиатрический журнал*. 2020; 3: 4-13. [Kekelidze Z.I., Polozhiy B.S., Boyko E.O., etc. Suicides in the period of pandemic self-isolation. *Russian Psychiatric Journal*. 2020; 3: 4-13.] (In Russ)
44. Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J., et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the adverse childhood experiences study. *JAMA*. 2001; 286: 308930-96. DOI: 10.1001/jama.286.24.3089
45. Moitra M., Santomauro D., Degenhardt L., et al. Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A

- systematic review and meta-regression analysis. *J. Psychiatr. Res.* 2021; 137: 242-249. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.02.053
46. Brådvik L. Suicide Risk and Mental Disorders. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018; 15 (9): 2028. DOI: 10.3390/ijerph15092028
 47. Любов Е.Б. Факторы риска суицидального поведения больных шизофренией. *Российский психиатрический журнал.* 2018; 4: 24-30. [Lyubov E.B. Risk factors of suicidal behavior in patients with schizophrenia. *Russian Psychiatric Journal.* 2018; 4: 24-30.] (In Russ)
 48. Björkenstam E., Mittendorfer-Rutz E., Schmidtke A. Suicide attempts with a focus on Europe. D. Wasserman, ed. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, 2 edn. Oxford Textbooks in Psychiatry Oxford, 2021; 99-104.
 49. Milner A., Sveticic J., De Leo D. Suicide in the absence of mental disorder? A review of psychological autopsy studies across countries. *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2013; 59: 545-554. DOI: 1177/0020764012444259
 50. Joiner T.E., Buchman-Schmitt J.M., Chu C. Do undiagnosed suicide decedents have symptoms of a mental disorder? *J. Clin. Psychol.* 2017; 73: 1744-1752. DOI: 10.1002/jclp.22498
 51. Howarth E., Johnson J. Comprehensive and clinically useful: review of risk factors for suicidal behaviour in men. *Evid. Based Nurs.* 2022; 25 (3): 103. DOI: 10.1136/ebnurs-2021-103446
 52. Richardson C., Robb K.A., O'Connor R.C. A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. *Soc. Sci Med.* 2021; 276: 113831. DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.113831
 53. Cai H, Xie XM, Zhang Q, et al. Prevalence of suicidality in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Front Psychiatry.* 2021; 12: 690130. DOI: 10.3389/fpsy.2021.690130
 54. Solmi M., Dragioti E., Croatto G., et al. Risk and protective factors for personality disorders: An umbrella review of published meta-analyses of case-control and cohort studies. *Front Psychiatry.* 2021; 12: 679379. DOI: 10.3389/fpsy.2021.679379
 55. 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
 56. Tucker R.P., Michaels M.S., Rogers M.L., et al. Construct validity of a proposed new diagnostic entity: acute suicidal affective disturbance (ASAD). *J Affect Disord.* 2016; 189: 365-378. DOI: 10.1016/j.jad.2015.07.049
 57. Oquendo M.A., Currier D., Mann J.J. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 114: 151-158. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x
 58. Joiner T.E., Jr, Conwell Y., Fitzpatrick K.K., et al. Four studies on how past and current suicidality relate even when "everything but the kitchen sink" is covaried. *J. Abnorm. Psychol.* 2005; 114: 291. DOI: 10.1037/0021-843X.114.2.291
 59. Гарагашева Е.П., Фадеева А.И. Вопросы превенции суицидальных действий онкологических больных. *Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (6): 18-20. [Garagasheva E.P., Fadeeva A.I. Prevention of suicide in cancer patients. *Academic Journal of West Siberia.* 2020; 16 (6): 18-20.] (In Russ)
 60. Орлов Ф.В., Голеньков А.В. Признаки суицидального риска при мигрени. *Научный форум. Сибирь.* 2021; 7 (2): 14-16. [Orlov F.V., Golenkov A.V. Signs of suicidal risk in migraine. *Scientific forum. Siberia.* 2021; 7 (2): 14-16.] (In Russ)
 61. Зотов П.Б., Любов Е.Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях. *Тюменский медицинский журнал.* 2017; 19 (1): 3-24. [Zotov P.B., Lyubov E.B. Suicidal behavior in somatic and neurological diseases. *Tyumen Medical Journal.* 2017; 19 (1): 3-24.] (In Russ)
 62. Fortea L., Albajes-Eizagirre A., Yao Y-W., et al. Focusing on comorbidity – a novel meta-analytic approach and protocol to disentangle the specific neuroanatomy of co-occurring mental disorders. *Front. Psychiatry.* 2022; 12: 807839. DOI: 10.3389/fpsy.2021.807839
 63. O'Connor R.C. The relations between perfectionism and suicidality: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav.* 2007; 37: 698-714. DOI: 10.1521/suli.2007.37.6.698
 64. Séguin M., Beauchamp G., Robert M., DiMambro M., Turecki G. Developmental model of suicide trajectories. *Br J Psychiatry.* 2014; 205: 120-126. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.139949
 65. Blüml V., Kapusta N.D., et al. Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population. *PLoS ONE.* 2013; 8: e76646. DOI: 10.1371/journal.pone.0076646
 66. Fang L, Heisel MJ, Duberstein PR, Zhang J. Combined effects of neuroticism and extraversion: findings from a matched case control study of suicide in rural China. *J. Nerv. Mental Dis.* 2012; 200: 598-602. DOI: 10.1097/NMD.0b013e318255fb53
 67. Richard-Devantoy S., Berlim M.T., Jollant F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychol. Med.* 2014; 44: 1663-1673. DOI: 0.1017/S0033291713002304
 68. Capuzzi E., Caldiroli A., Capellazzi M., et al. Biomarkers of suicidal behaviors: A comprehensive critical review. *Adv. Clin. Chem.* 2020; 96: 179-216. DOI: 10.1016/bs.acc.2019.11.005
 69. Розанов В.А. Генетические маркеры суицидального поведения: надежды и разочарования. *Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (3): 12-15. [Rozanov V.A. Genetic markers of suicidal behavior: hopes and disappointments. *Academic Journal of West Siberia.* 2020; 16 (3): 12-15.] (In Russ)
 70. Разводовский Ю.Е. Дислипидемия как фактор риска суицидального поведения. *Девиянтология.* 2021; 5 (2): 38-42. DOI: 10.32878/devi.21-5-02(9)-38-42 [Razvodovsky Y.E. Dyslipidemia as a risk factor for suicidal behavior. *Deviant Behavior (Russia).* 2021; 5 (2): 38-42. DOI: 10.32878/devi.21-5-02(9)-38-42] (In Russ)
 71. Gibb S.J., Beautrais A.L., Fergusson D.M. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Austr N Zeal J Psychiatry.* 2005; 39: 95-100. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2005.01514.x
 72. Daigle M.S. Suicide prevention through means restriction: assessing the risk of substitution: a critical review and synthesis. *Accid Anal Prev.* 2005; 37: 625-632. DOI: 10.1016/j.aap.2005.03.004
 73. Al Jurdi R.K., Swann A., Mathew S.J. Psychopharmacological agents and suicide risk reduction: ketamine and

- other approaches. *Curr. Psychiatry Rep.* 2015; 17: 81. DOI: 10.1007/s11920-015-0614-9
74. Del Matto L., Muscas M., Murru A., et al. Lithium and suicide prevention in mood disorders and in the general population: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020; 116: 142-153. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2020.06.017
75. Cuijpers P., de Beurs D.P., van Spijker B.A., et al. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2013; 144: 183-190. DOI: 10.1016/j.jad.2012.06.025
76. Furczyk K., Schutová B., et al. The neurobiology of suicide - A Review of post-mortem studies. *J. Mol. Psychiatry.* 2013; 1 (1): 2. DOI: 10.1186/2049-9256-1-2
77. Rönnqvist I., Nilsson F.K., Nordenskjöld A. Electroconvulsive therapy and the risk of suicide in hospitalized patients with major depressive disorder. *JAMA Netw Open.* 2021; 4 (7): e2116589. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.16589
78. DeCou C.R., Comtois K.A., Landes S.J. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-Analysis. *Behav Ther.* 2019; 50 (1): 60-72. DOI: 10.1016/j.beth.2018.03.009
79. Witt K.G., Hetrick S.E., Rajaram G., et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021; 4 (4): CD013668. DOI: 10.1002/14651858.CD013668.pub2
80. Lopez-Castroman J., Olié E., Courtet P. A modern semiology of suicidal behavior. Courtet P., ed. *Understanding Suicide. Cham: Springer International Publishing.* 2016: 19-28. DOI: 10.1007/978-3-319-26282-6_2
81. Bostwick J.M., Pabbati C., Geske J.R., McKean A.J. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry.* 2016; 173: 1094-1100. DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.15070854
82. Stapelberg N.J., Sveticic J., Hughes I., et al. Efficacy of the zero suicide framework in reducing recurrent suicide attempts: cross-sectional and time-to-recurrent-event analyses. *Br. J. Psychiatry.* 2020; 190: 1-10. DOI: 10.1192/bjp.2020.190
83. Liu B.P., Lunde K.B., Jia C.X., Qin P. The short-term rate of non-fatal and fatal repetition of deliberate self-harm: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J. Affect. Disord.* 2020; 273: 597-603. DOI: 10.1016/j.jad.2020.05.072
84. Christiansen E., Jensen B.F. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust. NZ J. Psychiatry.* 2007; 41 (3): 257-265. DOI: 10.1080/00048670601172749
85. Carroll R., Metcalfe C., Gunnell D. *Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis.* PLoS One. 2014; 9: e89944. DOI: 10.1371/journal.pone.0089944
86. Suominen K., Isometsä E., Suokas J., et al. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am. J. Psychiatry.* 2004; 161: 562-563. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.3.562
87. Irigoyen M., Porrás-Segovia A., Galván L., et al. Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: a survival analysis. *J. Affect. Disord.* 2019; 247: 20-28. DOI: 10.1016/j.jad.2018.12.050
88. Parra-Urbe I., Blasco-Fontecilla H., Garcia-Parés G., et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: a survival analysis. *BMC Psychiatry.* 2017; 17: 163. DOI: 10.1186/s12888-017-1317-z
89. Mendez-Bustos P., de Leon-Martinez V., Miret M., et al. Suicide reattempters: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry.* 2013; 21 (6): 281-295. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000001
90. Hawton K., Bergen H., Cooper J., et al. Suicide following self-harm: findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000-2012. *J. Affect. Dis.* 2015; 175: 147-151. DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.062
91. Tidemalm D., Långström N., Lichtenstein P., Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ.* 2008; 337: a2205. DOI: 10.1136/bmj.a2205
92. Chung D., Hadzi-Pavlovic D., Wang M., et al. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open.* 2019; 9: e023883. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023883
93. Vuagnat A., Jollant F., Abbar M., et al. Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm: a nationwide population-based study. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2019; 29: e20. DOI: 10.1017/S2045796019000039
94. Chan M., Bhatti H., Meader N., et al. Predicting suicide following self-harm: A systematic review of risk factors and risk scales. *Br. J. Psychiatry.* 2016; 209 (4): 277-283. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.170050
95. Daigle M.S., Pouliot L., Chagnon F., et al. Suicide attempts: prevention of repetition. *Can. J. Psychiatry.* 2011; 56 (10): 621-629. DOI: 10.1177/070674371105601008
96. Berardelli I., Forte A., Innamorati M., et al. Clinical Differences between single and multiple suicide attempters, suicide ideators, and non-suicidal inpatients. *Front Psychiatry.* 2020; 11: 605140. DOI: 10.3389/fpsy.2020.605140
97. Haglund A., Lysell H., Larsson H., et al. Suicide immediately after discharge from psychiatric inpatient care: a cohort study of nearly 2.9 million discharges. *J. Clin. Psychiatry.* 2019; 80: 18m12172. DOI: 10.4088/JCP.18m12172
98. Любов Е.Б. и группа исследователей. Оценка больными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2012; 22 (4): 51-56. [Lyubov E.B. and a group of researchers. Assessment by sick patients of their needs and satisfaction with psychiatric care. *Social and clinical psychiatry.* 2012; 22 (4): 51-56.] (In Russ)
99. Fischer G., Ameis N., Parzer P., Plener P.L., Groschwitz R., Vonderlin E., et al. The German version of the self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI-G): a tool to assess non-suicidal self-injury and suicidal behavior disorder. *BMC Psychiatry.* 2014; 14: 265. DOI: 10.1186/s12888-014-0265-0
100. Stein D.J., Phillips K.A., Bolton D., et al. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol. Med.* 2010; 40: 1759-1765. DOI: 10.1017/S0033291709992261
101. Jordan J.T., McNiel D.E. Characteristics of persons who die on their first suicide attempt: results from the national violent death reporting system. *Psychol Med.* 2020; 50: 1390-1397. DOI: 10.1017/S0033291719001375

102. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res.* 2011; 15: 1–15. DOI: 10.1080/13811118.2011.540213
103. Silverman M.M. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav. Chichester.* 2006; 36: 519-532. DOI: 10.1521/suli.2006.36.5.519
104. Appleby L., Shaw J., Amos T., McDonnell R., Harris C., McCann K., et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ.* 1999; 318: 1235–1239. DOI: 10.1136/bmj.318.7193.1235
105. Luoma J.B., Martin C.E., Pearson J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am. J. Psychiatry.* 2002; 159: 909-916. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.6.909
106. Schaffer A., Sinyor M., Kurdyak P., et al. Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry.* 2016; 15: 135-145. DOI: 10.1002/wps.20321
107. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Суицидология в учебе и практике медицинского персонала. *Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (3): 31-34. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Suicidology in the study and practice of medical personnel. *Academic Journal of Western Siberia.* 2020; 16 (3): 31-34.] (In Russ)
108. Schmitz W.M., Allen M.H., Feldman B.N., et al. Preventing suicide through improved training in suicide risk assessment and care: an American association of suicidology task force report addressing serious gaps in US mental health training. *Suicide Life Threat Behav.* 2012; 42: 292-304. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.00090.x
109. O'Reilly M., Kiyimba N., Karim K. "This is a question we have to ask everyone": asking young people about self-harm and suicide. *J. Psychiatr. Mental Health Nurs.* 2016; 23: 479-488. DOI: 10.1111/jpm.12323
110. McCabe R., Sterno I., Priebe S., et al. How do healthcare professionals interview patients to assess suicide risk? *BMC Psychiatry.* 2017; 17: 122. DOI: 10.1186/s12888-017-1212-7
111. Chu J., Floyd R., Diep H., Pardo S., Goldblum P., Bongar B. A tool for the culturally competent assessment of suicide: the cultural assessment of risk for suicide (CARS) measure. *Psychol Assess.* 2013; 25: 424–434. DOI: 10.1037/a0031264
112. Nock M.K., Holmberg E.B., Photos V.I., Michel B.D. Self-injurious thoughts and behaviors interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess.* 2007; 19: 309–317. DOI: 10.1037/t33713-000
113. Nock M.K., Kessler R.C. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the national comorbidity survey. *J Abnorm Psychol.* 2006; 115: 616. DOI: 10.1037/0021-843X.115.3.616
114. Harris K.M., Lello O.D., Willcox C.H. Reevaluating suicidal behaviors: comparing assessment methods to improve risk evaluations. *J. Psychopathol. Behav Assess.* 2016; 39: 128-139. DOI: 10.1007/s10862-016-9566-6
115. Hom M.A., Joiner T.E., Jr, Bernert R.A. Limitations of a single-item assessment of suicide attempt history: implications for standardized suicide risk assessment. *Psychol. Assess.* 2016; 28: 1026-1030. DOI: 10.1037/pas0000241
116. Malone K.M., Szanto K., Corbitt E.M., et al. Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *Am. J. Psychiatry.* 1995; 152: 1601-1607.
117. Holoshitz Y., Brodsky B., Zisook S., et al. Application of the zero suicide model in residency training. *Acad Psychiatry.* 2019; 43: 332-336. DOI: 10.1007/s40596-019-01022-0
118. Rothes I, Henriques M. Health professionals facing suicidal patients: what are their clinical practices? *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 15: 1210. DOI: 10.3390/ijerph15061210.
119. Osteen P.J., Frey J.J., Ko J. Advancing training to identify, intervene, and follow up with individuals at risk for suicide through research. *Am. J. Prev. Med.* 2014; 47: S216-221. DOI: 10.1016/j.amepre.2014.05.033
120. Luxton D.D., June J.D., Comtois K.A. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? *Crisis.* 2013; 34: 32–41. DOI: 10.1027/0227-5910/a000158
121. Stanley B., Brown G.K., Brenner L.A., et al. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry.* 2018; 75: 894-900. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1776
122. Miller I.W., Camargo C.A., Arias S.A., et al. Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE study. *JAMA Psychiatry.* 2017; 74: 563-570. DOI: 1001/jamapsychiatry.2017.0678
123. Silverman M.M. Challenges to classifying suicidal ideations, communications, and behaviours. R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon eds. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice:* Wiley Blackwell. 2011: 9-25. DOI: 10.1002/9781119998556.ch1
124. Hjelmeland H., Knizek B.L. Suicide and mental disorders: a discourse of politics, power, and vested interests. *Death Stud.* 2017; 41:481-92. DOI: 10.1080/07481187.2017.1332905
125. Jansen L.A., Wall S., Miller F.G. Drawing the line on physician-assisted death. *J. Med. Ethics.* 2019; 45: 190-197. DOI: 10.1136/medethics-2018-105003
126. Jones R.M., Simpson A.I. Medical assistance in dying: challenges for psychiatry. *Front Psychiatry.* 2018; 9: 678. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00678
127. Crowe M. From expression to symptom to disorder: the psychiatric evolution of self-harm in the DSM. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2014; 21: 857-858. DOI: 10.1111/jpm.12183
128. Мехелия С., Банерджи Д. Пересмотр социальной стигмы при несуйцидальных самоповреждениях: нарративный обзор. *Consortium Psychiatricum.* 2022; 3 (3): 6-19. DOI: 10.17816/CP196 [Mehelia S., Banerjee D. Revision of social stigma in non-suicidal self-injuries: a narrative review. *Consortium Psychiatricum.* 2022; 3 (3): 6-19. DOI: 10.17816/CP196] (In Russ)
129. PLoS Medicine Editors. The paradox of mental health: over-treatment and under-recognition. *PLoS Med.* 2013; 10: e1001456. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001456
130. Millner A.J., Lee M.D., Nock M.K. Single-item measurement of suicidal behaviors: validity and consequen-

- es of misclassification. *PLoS ONE*. 2015; 10: e0141606. DOI: 10.1371/journal.pone.0141606
131. Plöderl M., Kralovec K., Yazdi K., Fartacek R. A closer look at self-reported suicide attempts: false positives and false negatives. *Suicide Life Threat Behav*. 2011; 41: 1–5. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2010.00005.x
132. Hom M.A., Stanley I.H., Duffy M.E., et al. Investigating the reliability of suicide attempt history reporting across five measures: a study of US military service members at risk of suicide. *J Clin Psychol*. 2019; 75: 1332–1349. DOI: 10.1002/jclp.22776
133. Obegi J.H. Rethinking suicidal behavior disorder. *Crisis*. 2019; 40: 209–219. DOI: 10.1027/0227-5910/a000543
134. Rogers M.L., Chu C., Joiner T. The necessity, validity, and clinical utility of a new diagnostic entity: acute suicidal affective disturbance. *J. Clin. Psychol*. 2019; 75: 999-1010. DOI: 10.1002/jclp.22743
135. Schuck A., Calati R., Barzilay S., et al. Suicide crisis syndrome: a review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behav Sci Law*. 2019; 37: 223-239. DOI: 10.1002/bsl.2397
136. Yaseen Z.S., Hawes M., Barzilay S., Galynker I. Predictive validity of proposed diagnostic criteria for the suicide crisis syndrome: an acute presuicidal state. *Suicide Life Threat Behav*. 2019; 49: 1124–1135. DOI: 10.1111/sltb.12495
137. Fehling K.B., Selby E.A. Suicide in DSM-5: Current Evidence for the Proposed Suicide Behavior Disorder and Other Possible Improvements. *Front Psychiatry*. 2021; 11: 499980. DOI: 10.3389/fpsy.2020.499980
138. Oquendo M.A., Baca-Garcia E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*. 2014; 13: 128-130. DOI: 10.1002/wps.20116
139. Van Orden K.A., Witte T.K., Holm-Denoma J., et al. Suicidal behavior on axis VI. *Crisis*. 2011; 32: 110-113. DOI: 10.1027/0227-5910/a000057
140. Kupfer D.J., Regier D.A. Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *Am. J. Psychiatry*. 2011; 168: 672-674. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.11020219

"SUICIDAL DISEASE" AS PSYCHIATRIC DIAGNOSIS: SCIENTIFIC AND PRACTICAL RATIONALE

E.B. Lyubov, P.B. Zotov

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

Abstract:

Suicidal behavior (SB) is a constantly relevant multidisciplinary and interdepartmental problem. SB disorder (Suicide behavior disorder, hereinafter SBD) is introduced into the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) "conditionally": for further study and possible adoption in new versions of the classification of mental disorders. The review provides evidence for the validity of SBD and discusses the potential benefits and limitations of the diagnosis, with some significant limitations; possible alternative additions will increase the scientific and practical significance of SBD in future diagnostic systems.

Keywords: suicidal behavior, DSM-5, criteria, scientific rationale

Вклад авторов:

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

Authors' contributions:

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

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 01.11.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 30.11.2022.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б. «Суицидальная болезнь» как психиатрический диагноз: научно-практическое обоснование. *Суицидология*. 2022; 13 (4): 91-112. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-91-112

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B. "Suicidal disease" as psychiatric diagnosis: scientific and practical rationale. *Suicidology*. 2022; 13 (4): 91-112. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-91-112 (In Russ / Engl)

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция журнала «Суицидология» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, результаты научных исследований, оригинальные и обзорные статьи, лекции, и др., по следующим темам:

1. Общая и частная суицидология.
2. Психология, этнопсихология и психопатология суицидального поведения и агрессии.
3. Методы превенции и коррекции.
4. Социальные, социологические, правовые, юридические аспекты суицидального поведения.
5. Историческая суицидология.

Правила при направлении работ в редакцию:

1. Статья предоставляется в электронной версии (до принятия статьи в печать) и в распечатанном виде (1 экз.). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.

2. Журнал «Суицидология» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ), международную систему цитирования **Web of Science** (ESCI) и **EBSCO Publishing**. Поэтому электронная версия обязательно размещается и доступна на сайте elibrary.ru и других систем. В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале *подразумевает его согласие* на размещение статьи и контактной информации на данном и других сайтах.

3. На титульной странице указываются: Название статьи, полные ФИО, учёная степень, звание, место работы (полное официальное название учреждения и его адрес) и должность авторов, номер контактного телефона, адрес электронной почты.

Для каждого автора необходимо указать:

- а) SPIN-код в e-library (формат: XXXX-XXXX);
 - б) Researcher ID (формат: X-XXXX-20XX);
 - в) ORCID iD (XXXX-XXXX-XXXX-XXXX).
4. Перед названием статьи указывается УДК.
 5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац». Не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab. Десятичные дроби следует писать через запятую (не использовать точку). Объем статьи – до 24 стра-

ниц машинописного текста (для обзоров – до 36 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы, *вклад каждого автора* (при коллективной работе) при подготовке и написании статьи, *обзора; финансовые условия*. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. К статье прилагается развёрнутое резюме объёмом до 400 слов, ключевые слова. В реферате даётся описание работы с выделением разделов: введение, цель, материалы и методы, результаты, выводы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе *основные цифровые показатели*.

8. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы при их первом упоминании в тексте статьи (не используется в резюме). Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

9. *Статистика*. Данные исследований должны быть статистически обработаны на базе компьютерной программы SPSS-Statistics. Используемые методы статистики должны быть подробно описаны в соответствующем разделе статьи.

10. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

12. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. Фамилии иностран-

ных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

а) для журнальных статей: Фамилия и Инициалы автора (-ов; не более трех). Название статьи. *Журнал*. Год; том (номер): страницы «от» и «до». DOI: (если имеется)

б) для книг: Фамилия и Инициалы автора. Полное название. Город (где издана): Название издательства, год издания. Количество страниц;

в) для диссертации – Фамилия и Инициалы автора. Полное название: Дисс.... канд. (или докт.) каких наук. Место издания, год. Количество страниц.

Все русскоязычные первоисточники должны иметь перевод на английский, размещенный в [квадратных скобках].

13. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

14. *Рецензирование*. Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих тематике журнала, с целью их экспертной оценки. *Все статьи подвергаются двойному слепому рецензированию независимыми экспертами* (срок: до двух месяцев). После получения заключения Редакция направляет авторам копии рецензий или мотивированный отказ. Текст рукописи не возвращается. Замечания рецензентов обязательны для исполнения при последующей доработке статьи.

Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а также отклонения работы из-за несоответствия её профилю или требованиям журнала.

15. Каждая статья должна иметь полный идентичный профессиональный перевод на английском языке с соблюдением всех имеющихся в русскоязычной версии условий оформления текста, таблиц и рисунков. Перевод на английский осуществляется после прохождения рецензирования и согласования основного текста. Представленный авторами перевод обязательно подвергается экспертизе. В случае его несоответствия требованиям качества профессионального уровня статья направляется переводчику, оплата услуг которого не входит в обязательства редакции.

16. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

Статьи в редакцию направляются по электронной почте на адрес: note72@yandex.ru

После положительного заключения рецензентов и принятия статьи для публикации, печатная версия, подписанная всеми авторами, направляется в редакцию по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология».

