

Суицидология

научно-практический журнал №. 4 2024



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., профессор
(Рязань)
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Ю.Е. Разводовский, к.м.н., с.н.с.
(Гродно, Беларусь)
А.С. Рахимкулова, PhD,
нейропсихолог (Москва)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Н.Б. Семёнова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)
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»

16+

Содержание

А.В. Меринов

Мужская депрессия: вымысел или
клиническая реальность? Анализ феномена
с позиции суицидологической практики 3

*В.А. Козлов, А.В. Голенков,
Е.С. Деомидов, Ф.В. Орлов*

Суицид как мультифакторная патология 29

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов

Суицидальное поведение при резистентной
депрессии. Часть I: распространённость,
клиническая картина, бремя 51

В.А. Розанов

Самоубийства среди мореплавателей:
от легенд античности до наших дней 67

*А.В. Голенков, В.А. Козлов,
А.В. Филоненко, П.Б. Зотов*

Змеиный яд как средство убийств
и самоубийств 94

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, prof.
(Ryazan, Russia)

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

William Alex Pridemore, PhD, prof.
(USA)

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

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

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

Marco Sarchiapone, MD, prof.
(Italy)

N.B. Semenova, MD, PhD
(Krasnoyarsk, 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 (ядро РИНЦ)
- 2) Базы ВИНТИ
- 3) международную систему цитирования Web of Science (ESCI)
- 4) 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 114

Contents

A.V. Merinov
Male depression: fiction or clinical reality?
Analysis of the phenomenon from the perspective
of suicidal practice 3

*V.A. Kozlov, A.V. Golenkov,
E.S. Deomidov, F.V. Orlov*
Suicide as a multifactorial pathology 29

E.B. Lyubov, P.B. Zotov
Suicidal behavior in resistant depression.
Part I: prevalence, clinical picture, burden 51

V.A. Rozanov
Suicides among seafarers: from antiquity legends
to contemporary context 67

*A.V. Golenkov, V.A. Kozlov,
A.V. Filonenko, P.B. Zotov*
Snake venom as a means of murder and suicide 94

Information 114

Сайт журнала: <https://суицидология.рф/> <https://suicidology.ru/>
Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru, www.medpsy.ru
<http://cyberleninka.ru/journal/n/suicidology> <https://readera.ru/suicidology>
<http://global5.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 № 398. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 26.12.2024 г. Цена свободная.

Отпечатан с готового набора в Издательстве «Вектор Бук», г. Тюмень, ул. Володарского, д. 45, телефон: (3452) 46-90-03

МУЖСКАЯ ДЕПРЕССИЯ: ВЫМЫСЕЛ ИЛИ КЛИНИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ? АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА С ПОЗИЦИИ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

А.В. Меринов

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

MALE DEPRESSION: FICTION OR CLINICAL REALITY? ANALYSIS OF THE PHENOMENON FROM THE PERSPECTIVE OF SUICIDAL PRACTICE

A. V. Merinov

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Сведения об авторе:

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

Information about the author:

Merinov Alexey Vladimirovich – MD, PhD, 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 Visokovoltnaya str., Ryazan, 390026, Russia. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

Наличие связи между суицидальным поведением и депрессивными переживаниями давно установлено и ни у кого в настоящий момент не вызывает сомнений: депрессивный аффект опосредует действие большинства других, известных на сегодня, предикторов и факторов высокого суицидального риска. Существование же именно мужского депрессивного синдрома до сих пор вызывает споры. Данная работа – попытка ревизии имеющихся представлений об мужской депрессии, поиск возможных опорных пунктов её раннего выявления. *Материалы и методы.* В работе использованы результаты ранее проведённых исследований, касающихся детекции депрессивных переживаний у лиц молодого возраста обоего пола, студентов медицинского университета. Для оценки гендерного среза обращаемости за психиатрической помощью использованы статистические данные РОКПБ им. проф. Н.Н. Баженова (г. Рязань) за 2023 г. Проведён анализ интервью практикующих психиатров, психиатров-наркологов и психотерапевтов, касавшегося специфики депрессивного синдрома у мужчин. *Результаты.* По данным студенческих самоотчётов 38% юношей и 49% девушек отмечали ранее депрессивные состояния. Результаты М.І.N.І. (опросника, нацеленного на выявление клинически состоявшихся депрессивных эпизодов) так же паритетны (24,5% и 24,65% в анамнезе и 1,96% и 2,33% в настоящее время, соответственно). Данные HADS также не выявляют существенных гендерных отличий (2,45% и 1,62% соответственно). Однако субъективная оценка присутствия депрессивных эпизодов в анамнезе (две недели и более) при личном интервью до заполнения HADS и М.І.N.І. выявляет в два раза более низкие результаты самодетекции депрессии у лиц мужского пола (чего практически не отмечается в женской подгруппе: 10,78% и 21,40%). То есть, сплошные исследования скорее демонстрируют равномерность представленности аффективной патологии у мужчин и женщин при реально более низкой обращаемости за медицинской помощью мужчин, со склонностью игнорировать или приуменьшать депрессивную симптоматику. В свою очередь воспитательно-культуральные факторы формируют у мужчин установку на игнорирование депрессивных переживаний, создающих феномен мужского молчаливого страдания. Вероятно, имеются психолого-возрастные особенности мужских депрессий, напрямую связанных с типом переживания возрастных и ценностных кризисных периодов (среднего возраста, принятия несвершений и затухания перспектив). Клиническое своеобразие депрессии у мужчин, связано, прежде всего, с смазанностью «типичной» клинической картины, на которую обычно ориентируются

специалисты, преобладанием жалоб ипохондрического, деперсонализационно-дереализационного, ангедонистического, амотивационного и философско-ценностного уровней, частотой соматических, неврологических, терапевтических и прочих масок «депрессии без депрессии», заметная тенденцией к рационализации симптомов и поиску экзогенно-реактивных причин таковых. Нередок эгоистический трек развития депрессивной симптоматики, использование неэффективных методов совладания, связь с злоупотреблением алкоголя или сформированной алкогольной зависимостью, недостаточная информированность о сути депрессивных состояний, частота первично внешней диагностики (родственники, сослуживцы) и мощные вытесняющие / обесценивающие механизмы. *Выводы.* Депрессия у мужчин имеет целый ряд особенностей, создающих существенные сложности в её своевременном выявлении и оказании адекватной помощи. Наблюдающаяся смазанность типичной клинической картины приводит к диагностическим ошибкам и удлинению сроков квалификации состояния. Обнаруживаемый аффективно-гендерный парадокс выявления депрессивных состояний, очень вероятно, связан лишь с особенностями диагностического подхода.

Ключевые слова: депрессия, депрессия у мужчин, гипотимия, самоубийство, суицид, суицидальная попытка, аутоагрессия, суицидология

Наличие связи между суицидальным поведением и депрессивными переживаниями давно установлено, и ни у кого в настоящий момент не вызывает сомнений [1-3]. Именно через депрессивный аффект наиболее часто опосредуется действие большинства других, известных нам на сегодня, предикторов и факторов высокого суицидального риска (например, одиночества, психогенных эксцессов, возрастных и экзистенциальных кризисов и многого другого), либо таковые являются состояниями, изначально ассоциированными с гипотимическими реакциями (переживание безысходности и безнадежности, утрата смысла жизни, аутохтонные сенсации аффективного круга и др.). Депрессию можно по праву назвать универсальной точкой слияния «интересов» всех их разновидностей, начиная с генетических, регулирующих обмен мозговых нейромедиаторов, заканчивая таковым круга психогенных и социогенных реакций, соматогенных переживаний: патогномичным и облигатным состоянием во всех перечисленных случаях являются именно аффективные сдвиги, прежде всего, депрессивный фон настроения. И, кстати, если тяжёлый депрессивный эпизод (с его «кричащей» и весьма наглядной клинической картиной) фактически тождественен высочайшему риску совершения самоубийства, то средняя и лёгкая тяжесть таковых, с их зачастую смазанным и нетипичным клиническим узором, а так же гораздо меньшей фактической выявляемостью (но, по сути, несущих в себе тот же знак равенства) являются миной замедленного (или скрытого?) срабатывания. Учитывая тот факт, что распространённость расстройств, вызывающих тяжёлые формы депрессий не так велика (речь о БАД, РАД, шизофренической аффективной патологии, где традиционно суицидальная настороженность вели-

The existence of a connection between suicidal behavior and depressive experiences has long been established, and no one is in doubt now [1-3]. It is through depressive affect that the action of most other predictors and factors of high suicidal risk known to us today (for example, loneliness, psychogenic excesses, age-related and existential crises, and much more) is most often mediated, or those are conditions initially associated with hypothyroid reactions (experiencing hopelessness, loss the meaning of life, autochthonous sensations of the affective circle, etc.). Depression can rightfully be called a universal point of fusion of the "interests" of all their varieties, starting with genetic ones regulating the exchange of brain neurotransmitters, ending with such a range of psychogenic and sociogenic reactions, somatogenic experiences: pathognomonic and obligate states in all these cases are precisely affective shifts, primarily a depressive mood background. And, by the way, if a severe depressive episode (with its "screaming" and very vivid clinical picture) is actually identical to the highest risk of committing suicide, then the average and mild severity of such, with their often blurred and atypical clinical pattern, as well as much less factual detectability (but, according to in essence, bearing the same equal sign) are a slow-motion mine (or hidden?) triggers. Considering the fact that the prevalence of disorders causing severe forms of depression is not so high (we are talking about BAD, RAD, and schizophrenic affective pathology, where suicidal alertness is traditionally high), which creates a low specific contribution to the overall rates

ка), что создаёт невысокий удельный вклад в общие показатели суицидальной смертности [4]. Гораздо более значителен вклад как раз неманифестной, маскированной, атипичной, коморбидной аффективной патологии... и приходится признать, что слишком часто проблемы с настроением манифестируют заметным и убедительным образом суицидом или его попыткой.

Вторым, заслуживающим внимания нюансом рассматриваемой проблемы, является гендерный перекос в отношении представленности аффективной патологии и числа завершённых суицидов (соответственно у мужчин и женщин). Позволим себе обозначить его, как *аффективно-гендерный парадокс суицидологии*. Депрессии являются якобы «нетипичным» для мужчин расстройством: они диагностируются минимум в два раза реже, чем у женщин, но при этом доля мужских суицидов в совокупных показателях в несколько раз выше, чем у женщин (по данным National Institute of Mental Health (NIMH) Suicide Facts [5]). То есть, аффективная патология, должна так или иначе играть одну из главных «скрипок» в суицидогенезе, у мужчин отчего-то встречается (или – всё же лишь диагностируется) в разы реже, а вот число погибших от суицида среди них заметно выше. Каким же образом формируется подобный, достаточно странный на взгляд клинициста, аффективно-гендерный перекос или парадокс? Не меньшее число вопросов создаёт и описанный ранее гендерный суицидальный парадокс [6], постулирующий заметно большее количество женщин именно с суицидальными попытками (часто неоднократными), но так и не приведших к смертельному исходу, в противовес упомянутой частоте завершённых суицидов у мужчин. В данном случае, при безусловно более высоком количестве выставленных диагнозов аффективного круга в женской группе, отчего-то не отмечается, казалось бы, ожидаемого числа спровоцированных ими завершённых суицидов.

Объяснений множество. Мужчины, к примеру, более склонны к формированию алкогольной зависимости, являющейся важнейшим локомотивом мужской суицидальной смертности... Однако, хрестоматийной является и связь алкогольной болезни с депрессивными переживаниями, именно «в купе» дающая подавляющее число алкогольных суицидов [1, 3]. При этом выявление и диагностика как самой алкогольной зависимости, а уж тем более аффективных нарушений ей сопутствующих, на сегодняшний

of suicidal mortality [4]. The contribution of non-manifest, masked, atypical, morbid affective pathology is much more significant... and we have to admit that mood problems manifest themselves in a noticeable and convincing way by suicide or its attempt too often.

The second, noteworthy nuance of the problem under consideration is the gender bias in relation to the representation of affective pathology and the number of suicides committed (respectively in men and women). Let's label it as the affective-gender paradox of suicidology. Depression is supposedly an "atypical" disorder for men: they are diagnosed at least twice as rarely as in women, but the proportion of male suicides in aggregate is several times higher than in women (according to the National Institute of Mental Health (NIMH) Suicide Facts [5]). That is, affective pathology, which should somehow play one of the main "violins" in suicidal genesis, for some reason occurs (or is still only diagnosed) many times less often in men, but the number of deaths from suicide among them is noticeably higher. How is such an affective-gender bias or paradox formed, which is quite strange in the opinion of a clinician? An equally large number of questions creates the previously described gender suicidal paradox [6], which postulates a noticeably greater number of women with suicidal attempts (often repeated), but never fatal, in contrast to the mentioned frequency of completed suicides in men. In this case, with an undoubtedly higher number of affective circle diagnoses in the women's group, for some reason, the seemingly expected number of completed suicides provoked by them is not noted.

There are many explanations. Men, for example, are more prone to the formation of alcohol dependence, which is the most important locomotive of male suicidal mortality... However, the connection of alcoholic illness with depressive experiences is also textbook, namely "in the compartment" giving the overwhelming number of alcoholic suicides [1, 3]. At the same time, the identification and diagnosis of alcohol dependence itself, and even more so of the affective disorders accompanying it, is currently a weak link in modern narcology. And representatives of the weaker sex in

момент является слабым звеном современной наркологии. Да и представительницы слабого пола в последние десятилетия демонстрируют убедительный рост числа страдающих алкогольной зависимостью, сопровождающейся алкогольными депрессиями и высокими показателями личностной аутоагрессии [7].

Женщины охотнее обращаются к специалистам в области психического здоровья с расстройствами настроения (и не только) ... Очень вероятно, мы близки к истине, ведь удел мальчиков – не плакать и держать всё в себе. Действительно женские аффективные проблемы менее стигматизируют владельцев, они гендерно не столь стыдные и одиозные, обращение к специалисту формирует описанный нами ранее феномен *открытой вовне системы депрессивных переживаний* [8], в разной степени, но тем не менее, разгружающий внутреннюю напряжённость. Кроме того, обращение к врачу-психиатру или психотерапевту зачастую подразумевает и получение специализированной фармакологической или психотерапевтической помощи (которая априори невозможна без факта столь «стигматизирующего» обращения). Возможно, именно благодаря указанным причинам мы имеем в женской группе преимущественно попытки, как возможность лишней раз заявить о своей проблеме, тот самый пресловутый крик о помощи. А вот в случае присутствия аффективных нарушений на фоне *закрытой системы депрессивных переживаний*, может формировать куда более серьёзные и неожиданные для окружения суицидальные устремления. Насколько этот феномен соответствует именно мужской депрессии – пока остаётся вопросом открытым.

Можно привести ещё множество предположений и умозрительных рассуждений. Но дело даже не в том, как мужчины относятся к своим гипотимическим переживаниям: можно было бы махнуть на это рукой, мол не хотят признаваться и лечиться, так это же их дело, пусть страдают, раз так... Но почти в четыре раза [1, 2, 9] большее у них количество завершённых суицидов, наводит на грустные размышления: имеющееся у мужчин отношение к расстройствам настроения, является вовсе не «личным делом каждого», а очень вероятно некой крайне важной переменной, задающей тренд имеющейся мужской суицидальности. На сегодняшний момент не до конца исследованной, зачастую тщательным образом скрываемой владельцем, слишком часто вовремя недиагностируемым феноменом.

recent decades have demonstrated a convincing increase in the number of people suffering from alcohol dependence, accompanied by alcoholic depression and high rates of personal autoaggression [7].

Women are more likely to turn to mental health professionals with mood disorders (and not only)... It is very likely that we are close to the truth, because the lot of boys is not to cry and keep everything to themselves. Indeed, female affective problems less stigmatize the owners, they are not so shameful and odious by gender, contacting a specialist forms the phenomenon of an externally open system of negative experiences described earlier [8], to varying degrees, but nevertheless, relieving internal tension. In addition, contacting a psychiatrist or psychotherapist often implies receiving specialized pharmacological or psychotherapeutic help (which is a priori impossible without the fact of such a "stigmatizing" treatment). Perhaps it is precisely because of these reasons that we have in the women's group mainly attempts, as an opportunity to once again declare our problem, that notorious cry for help. But in the case of the affective disorders presence against the background of a closed system of depressive experiences, it can form much more serious and unexpected suicidal aspirations for the environment. To what extent this phenomenon corresponds specifically to male depression remains an open question.

There are many more assumptions and speculative arguments. But the problem is not even how men treat their hypothyroid experiences: one could give up on it, they say they do not want to admit and be treated, so this is their business, let them suffer, if so... But almost four times higher [1, 2, 9] is their number of confirmed suicides. It leads to sad reflections: men's attitude toward mood disorders is not at all a "personal matter for everyone", but very likely some extremely important variable that sets the trend of existing male suicidality. At the moment, it is not fully investigated, often carefully hidden by the owner, too often an undiagnosed phenomenon in time. The history of male depression begins in the 80s of the twentieth century on the island of Gotland (Sweden). W. Rutz and J. Wålinder, who studied the suicidality of its population, for the first time put forward the idea that

История вопроса мужской депрессии начинается в 80-х годах XX столетия на острове Готланд (Швеция). Исследовавшие суицидальность его населения W. Rutz и J. Wålinder впервые выдвинули идею о том, что имеются некие гендерные отличия в клинике депрессий [10], собственно говоря, таким образом, и появился термин «мужской депрессивный синдром». Но главное, у большинства погибших и предпринявших суицидальные попытки авторы смогли установить присутствие депрессивных переживаний. В 1989 году W.T. Riley, F.A. Treiber и M.G. Woods опишут предположительные особенности мужской депрессии: связь с гетероагрессивностью, раздражительность и дисфория, враждебность по отношению к другим, склонность к упрёкам и злопамятность, повышенная склонность к рискованному и нарушающему законодательные нормы поведению, употребление ПАВ, высокая опасность суицида [11]. Однако в данном случае речь идёт о клинико-социальном описании лиц с уже установленными депрессивными переживаниями, что, тем не менее, предоставило в руки клиницистов хотя бы какие-то опорные признаки для предположительного поиска возможной депрессии у мужчин.

На наш взгляд, упомянутый аффективно-гендерный парадокс в основном создаётся за счёт как раз недиагностированных своевременно мужских депрессий, а приведённые выше данные, лишь констатируют его более значительную представленность при целенаправленных скрининговых или сплошных исследованиях населения. На сегодняшний момент существует серьёзнейший дефицит знаний и соответствующих подходов к диагностике мужской аффективной патологии [12, 13], слишком часто остающейся «за рамками» внимания психиатрической службы, вероятно клинически смазанной, кажущейся на первый взгляд вовсе не депрессией, тщательно скрываемой механизмами анозогнозии. И дебютирующей суицидом, возможно, одним из самых предотвратимых (но пока только в теории).

Данная работа – попытка ревизии имеющихся представлений о мужской депрессии, поиск возможных опорных пунктов для её раннего выявления, анализ причин попадания таковой в слепую диагностическую зону. Это результат многочисленных интервью с практикующими психиатрами, наркологами, психотерапевтами и психологами, которым задавались два незатейливых вопроса: что для вас означает мужская депрессия, и чем она отличается (если, конечно, отличается) от депрессии у женщин.

there are some gender differences in the clinic of depression [10]. In fact, this is how the term "male depressive syndrome" appeared. But most importantly, the majority of those who died and attempted suicide, the authors were able to establish the presence of depressive experiences. In 1989, W.T. Riley, F.A. Treiber and M.G. Woods will describe the supposed features of male depression: the association with heteroaggressiveness, irritability and dysphoria, hostility towards others, a tendency to reproach and vindictiveness, an increased tendency to risky and violating legal norms behavior, the use of surfactants, a high risk of suicide [11]. However, in this case, we are talking about a clinical and social description of persons with already established depressive experiences, which, nevertheless, provided clinicians with at least some basic signs for the presumed search for possible depression in men. In our opinion, the mentioned affective-gender paradox is mainly created due to undiagnosed male depressions in a timely manner, and the above data only state its more significant representation in targeted screening or continuous studies of the population. At the moment, there is a serious lack of knowledge and appropriate approaches to the diagnosis of male affective pathology [12, 13], which too often remains "outside" the attention of the psychiatric service, probably clinically blurred, seemingly at first glance not depression at all, carefully hidden by the mechanisms of anosognosia. And debuting suicide, perhaps one of the most preventable (but so far only in theory). This work is an attempt to revise the existing ideas about male depression, to search for possible reference points for its early detection, and to analyze the causes of getting into the blind diagnostic zone. This is the result of numerous interviews with practicing psychiatrists, narcologists, psychotherapists and psychologists, who were asked two simple questions: what does male depression mean to you, and how does it differ (if, of course, it differs) from depression in women.

Materials and methods. The article uses the results of previous studies, one way or another, related to the detection of depressive experiences in young people of both sexes in 2012 and 2021, students of the medical university. The following methods

Материалы и методы

В работе использованы результаты ранее проведённых исследований, так или иначе, касающихся детекции депрессивных переживаний у лиц молодого возраста обоего пола в 2012 и 2021 гг., студентов медицинского университета. В качестве способов выявления гипотимических переживаний использовались: анонимная самодиагностика с самоотчётом после завершения обучения на цикле «психиатрия-наркология»; прямое, очное сообщение врачу исследователю факта присутствия периода отчётливого снижения настроения в настоящем или прошлом; удалённое (on-line) заполнение теста HADS; совместное заполнение всех разделов краткого международного нейропсихиатрического опросника M.I.N.I. [14].

Для оценки гендерного среза обратившихся за психиатрической помощью в связи с жалобами аффективного круга использованы статистические данные РОКПБ им. проф. Н.Н. Баженова (г. Рязань) за 2023 год.

Проведён анализ интервью практикующих психиатров, психиатров-наркологов и психотерапевтов.

Результаты и их обсуждение

Итак, мужская депрессия (вообще). Имеет ли таковая некие характерные черты, отличающие её от аналогичного феномена в женском «исполнении», есть ли смысл уделять ей столько внимания? Позиций среди опрошенных клиницистов две.

Первая: никакой существенной разницы кроме, разве что гормональных особенностей и некоторых нюансов воспитательного характера (терпи и скрывай), нет. Всё это лишь пустые околгендерные разговоры, не имеющие принципиального значения. И встречается весь спектр аффективной патологии, разумеется, чаще у женщин. А уж, если человек попал в 0,5% владельцев диагнозов БАР или РАР [15], то здесь депрессия во всей красе продемонстрирует свое гендерную равнозначность. Лица же с лёгкими и средними циклотимическими, нозогенными и реактивными депрессиями – отличаются лишь степенью критичности (анозогнозии) и суеверно-стигматизирующими установками, демонизирующими психиатрию (таких может быть и больше среди мужчин). Существенные отличия имеются лишь в отношении частоты последородовой, климактерической депрессии и аффективных нарушений в структуре менструального цикла. Точка.

Вторая позиция: сильный пол в отношении аффективных изменений и потрясений – вовсе не такой уж и сильный, депрессии у мужчин встреча-

were used to identify hypothetical experiences: anonymous self-diagnosis with self-report after completion of training in the cycle "psychiatry-narcology"; direct, face-to-face communication to the doctor-researcher about the fact of the presence of a distinct mood decline period in the present or past; remote (on-line) completion of the HADS test; joint completion of all sections of the M.I.N.I. brief international neuropsychiatric interview [14]. To assess the gender cross-section of those who sought psychiatric help in connection with the problems of the affective circle, statistical data from the "Ryazan Regional Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Bazhenov" (Ryazan) for 2023 were used. The analysis of interviews with practicing psychiatrists, narcologists and psychotherapists was carried out.

Results and discussion.

So, male depression (in general). Does it have some characteristic features that distinguish it from a similar phenomenon in female "performance", does it make sense to pay so much attention to it? There are two positions among the interviewed clinicians.

First: there is no significant difference, except, perhaps, hormonal characteristics and some nuances of an educational nature (bear with it and hide it). All these are just simple near-gender conversations that are not of fundamental importance. And the whole spectrum of affective pathology is found, of course, more often in women. And if a person is included in 0.5% of the owners of BAD or RAD diagnoses [15], then depression in all its glory demonstrates its gender equivalence. Persons with mild and moderate cyclothymic, nosogenic and reactive depressions differ only in the degree of criticality (anosognosia) and superstitious stigmatizing attitudes that demonize psychiatry (there may be more of these among men). There are significant differences only in the frequency of postpartum, menopausal depression and affective disorders in the structure of the menstrual cycle. Point.

The second position: the stronger sex in relation to affective changes and shocks is not so strong at all, depression in men is probably much more common (which is supported by some studies [10]), most likely it is diagnosed much less often (due to "shameful" attitudes regarding the possible consequences of treatment to a

ются, вероятно, значительно чаще (в пользу чего говорят некоторые исследования [10]), скорее всего при этом диагностируются гораздо реже (благодаря «стыдным» установкам, касающимся возможных последствий обращения к психиатру), имеют свои характерные социальные и клинические особенности, и, к сожалению, весьма коварны, выдавая «на гора» те самые в четыре раза более частые завершённые суициды. Соответственно, мужчин следует беречь куда более ответственно, несмотря на их внешне неунывающий (иногда обманчивый) внешний вид и нежелание обсуждать хоть с кем-то всякую «женскую ерунду».

Здесь мы сталкиваемся с ещё одним парадоксом, касающимся мужской аффективной патологии, а именно – вопросами методологии её выявления. Оказывается, одно дело – спрашивать, совершенно другое дело – относительно или абсолютно (но, возможно ли таковое) беспристрастно мерить. Одно дело осуществлять подобные оценки анонимно, другое дело открыто и прямо. Более того, играет значение и то, с каким уровнем / тяжестью депрессии столкнулся наш пациент: одно дело тяжёлый депрессивный эпизод, и здесь, как говорится, хочешь не хочешь, но с большой долей вероятности (опять же – уввы, далеко во всех случаях) в его присутствии придётся признаться – ибо, очень тяжело, а жить часто всё же хочется (что, опять же, к сожалению, тоже не всегда). Однако всё становится куда более запутано в случаях депрессий тяжести лёгкой и средней, когда конкретизация её присутствия порой аналогична детективному расследованию или допросу с пристрастием (ибо, неудобно и стыдно).

Давайте проанализируем данные таблицы 1, в которой приведена подборка уровней выявления депрессивных переживаний в анамнезе или момент непосредственного обследования у студентов-медиков, полученные в результате различных вариантов выявления.

Двенадцать лет назад нами была исследована частота присутствия в анамнезе депрессивных эпизодов у студентов вуза, прошедших накануне образовательный цикл «психиатрия-наркология» (то есть, неплохо знакомых с клиническими признаками депрессий) [8] с помощью самозаполнения структурированных опросников (максимально анонимный вариант). Вопрос формулировался следующим образом: «испытывали вы ранее периоды отчётливого снижения настроения (депрессию), длящиеся две недели и более».

psychiatrist), have their own characteristic social and clinical features, and, unfortunately, are very insidious, giving out those four times more frequent completed suicides. Accordingly, men should be protected much more responsibly, despite their outwardly cheerful (sometimes deceptive) appearance and unwillingness to discuss at least any "feminine nonsense" with someone.

Here we are faced with another paradox concerning male affective pathology, namely, the issues of methodology for its detection. It turns out that it is one thing to ask, it is completely another thing to measure relatively or absolutely (but is it possible to do so) impartially. It is one thing to make such assessments anonymously, another thing is open and straightforward. Moreover, it also matters what level / severity of depression our patient faced: a severe depressive episode is one thing, and here, as you say, you don't want to, but with a high degree of probability (again, alas, not in all cases) you will have to admit in its presence – because it is very difficult, but you often still want to live (which, again, unfortunately, is also not always).

However, everything becomes much more confusing in cases of mild and moderate depression, when the concretization of its presence is sometimes similar to a detective investigation or interrogation with passion (because it is inconvenient and embarrassing). Let's analyze the data in Table 1, which provides a selection of the depressive experiences occurrence levels in the anamnesis or the moment of direct examination in medical students, obtained as a result of various detection options.

Twelve years ago, we investigated the frequency of the depressive episodes' presence in the anamnesis of university students who had passed the educational cycle "psychiatry-narcology" the day before (that is, they were well acquainted with the clinical signs of depression) [8] using self-completion of structured questionnaires (the most anonymous variant). The question was formulated as follows: "Have you previously experienced periods of distinct mood decline (depression) lasting two weeks or more?". As a result of a continuous survey of the students for one academic year, depressive disorders were noted in 49.3% of girls and 38.96% of boys.

Таблица / Table 1

Уровни выявления депрессивных переживаний в анамнезе или момент непосредственного обследования у студентов-медиков / Levels of detection of depressive experiences in the anamnesis or at the time of direct examination by medical students

Методика The technique	Присутствие депрессии The presence of depression			
	Мужчины Men		Женщины Women	
	n	%	n	%
Анонимные самоотчёты (снижение настроения две недели и более в анамнезе). Студенты, прошедшие цикл «психиатрия-наркология», 2012 г. n (Ж) = 808, n (М) = 249 <i>Anonymous self-reports (a decrease in mood for two weeks or more in the anamnesis). Students who completed the cycle "psychiatry-narcology", 2012. n (W) = 808, n (M) = 249</i>	97	38,95	398	49,25
Краткий международный нейропсихиатрический опросник (M.I.N.I.) Мотивированное, личное собеседование респондента врачом-исследователем. Студенты, прошедшие цикл «психиатрия-наркология», 2021 г. n (Ж) = 556, n (М) = 224 Основной депрессивный эпизод в прошлом <i>Motivated, personal interview of the respondent by a research doctor. Students who completed the cycle "psychiatry-narcology", 2021. n (W) = 556, n (M) = 224</i> <i>The main depressive episode in the past</i>	50	24,50	← →	24,64
			137	
Краткий международный нейропсихиатрический опросник (M.I.N.I.) Мотивированное, личное собеседование респондента врачом-исследователем. Студенты, прошедшие цикл «психиатрия-наркология», 2021 г. n (Ж) = 556, n (М) = 224 Основной депрессивный эпизод текущий <i>Motivated, personal interview of the respondent by a research doctor. Students who completed the cycle "psychiatry-narcology", 2021. n (W) = 556, n (M) = 224</i> <i>The main depressive episode is current</i>	4	1,96	13	2,33
HADS субклинические проявления депрессии. Студенты, прошедшие цикл «психиатрия-наркология», 2021 г. n (Ж) = 556, n (М) = 224 <i>HANDS subclinical manifestations of depression. Students who completed the cycle "psychiatry-narcology", 2021. n (W) = 556, n (M) = 224</i>	27	13,23	53	9,53
HADS клиническая депрессия. Студенты, прошедшие цикл «психиатрия-наркология», 2021 г. n (Ж) = 556, n (М) = 224 <i>HANDS clinical depression. Students who completed the cycle "psychiatry-narcology", 2021. n (W) = 556, n (M) = 224</i>	5	2,45	9	1,62
Субъективная оценка присутствия депрессивных эпизодов в анамнезе (две недели и более) при личном интервью до заполнения HADS и M.I.N.I. Студенты, прошедшие цикл «психиатрия-наркология», 2021 г. n (Ж) = 556, n (М) = 224 <i>Subjective assessment of the presence of depressive episodes in the anamnesis (two weeks or more) in a personal interview before filling out HADS and M.I.N.I. Students who completed the cycle "psychiatry-narcology", 2021. n (W) = 556, n (M) = 224</i>	22	10,78	← →	21,40
			119	

В результате сплошного обследования студенческого массива за один учебный год, депрессивные переживания были отмечены у 49,3% девушек и 38,96% юношей. Безусловно, в данном случае, не оценивалась их тяжесть, имелась возможность как

Of course, in this case, its severity was not assessed, there was the possibility of both overdiagnosis and dissimulation, and in parallel, a test assessment of the hypothymeric experiences presence was not carried out (the latter was not included in the

гипердиагностики, так и диссимуляции, параллельно не проводилась тестовая оценка присутствия гипотимических переживаний (последнее не входило в дизайн исследования). Однако «размах» самоидентификаций пережитых некогда аффективных ощущений заставляет, тем не менее, задуматься. Их распространённость (даже при использованном варианте выявления) весьма впечатляет, а условная анонимность позволяет предположить их значительную искренность и большую правдивость. И мы не наблюдаем значимых отличий между юношами и девушками, что ставит под сомнение вышеприведённый тезис, что аффективная патология «не мужское дело».

Позже предпринятое исследование аутоагрессивной сферы студентов, осуществлённое в 2021 году [8], предполагало несколько иной подход выявления депрессивных переживаний в анамнезе или присутствующих в настоящее время. На первом этапе использовалось непосредственное интервью, одним из вопросов которого являлся: «как вы считаете, в прошлом у вас имелись затяжные эпизоды снижения настроения (две недели и более)». Второй этап подразумевал самостоятельное (анонимное, осуществлённое посредством Google Forms) заполнение госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), третий – совместное с респондентом прохождение всех шкал краткого международного нейропсихиатрического опросника (M.I.N.I.). Начнем с анализа данных, полученных с помощью использования последнего инструмента.

Количество обнаруженных основных депрессивных эпизодов в прошлом и текущих в момент обследования совершенно не отличались в мужской и женской группах. Ровно четверть принявших участие в исследовании студентов имели в прошлом указания на перенесённый депрессивный эпизод, что уже само по себе показательно и гендерно абсолютно не специфично (и скорее укладывается в усреднённые тренды [16]). Количество выявленных депрессивных эпизодов у респондентов (по данным M.I.N.I.) было почти в два раза ниже, чем полученное в приведённой ранее серии оценки присутствия таковых с помощью самодиагностики (самоотчёта). Вероятно, их заметно более низкое количество объяснялось «срабатыванием» M.I.N.I. преимущественно в случаях тяжёлых и средних депрессивных эпизодов. То есть, без учётов их лёгких, преимущественно невротических и реактивных вариантов, очень вероятно, выявленных ранее в серии самоотчё-

design of the study). However, the "scope" of the self-identifications of the affective sensations experienced once makes us to think about it, nevertheless. Its prevalence (even with the identification option used) is very impressive, and its conditional anonymity suggests their considerable sincerity and great truthfulness. And we do not observe significant differences between boys and girls, which casts doubt on the above thesis that affective pathology is "not a man's business".

Later, an attempted study of the auto-aggressive sphere of students, carried out in 2021 [8], suggested a slightly different approach to identifying depressive experiences in the anamnesis or currently present. At the first stage, a direct interview was used, one of the questions of which was: "Do you think you have had prolonged episodes of mood decline in the past (two weeks or more)?" The second stage involved independent (anonymous, carried out through Google Forms) filling in the hospital anxiety and depression scale (HADS), the third – passing all scales of the brief international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) together with the patient. Let's start with the analysis of data obtained using the latter tool.

The number of major depressive episodes detected in the past and current at the time of the examination did not differ at all in the male and female groups. Exactly a quarter of the students who took part in the study had indications of a severe depressive episode in the past, which in itself is indicative and gender-absolutely not specific (and rather fits into the average trends [16]). The number of identified depressive episodes in respondents (according to M.I.N.I.) was almost two times lower than that obtained in the previously given series of assessments of the presence of such using self-agnostics (self-report). Probably, their noticeably lower number was explained by the "development" of M.I.N.I. mainly in cases of severe and moderate depressive episodes. That is, without taking into account their mild, predominantly neurotic and reactive variations, very likely identified earlier in a series of self-reports (the design of the study, unfortunately, did not imply clarifying the severity of the existing period of low mood). However, the most important thing for us in the above results is the complete absence of the alleged affective-gender par-

тов (дизайн исследования, к сожалению, не подразумевал уточнение степени тяжести имевшегося периода сниженного настроения). Как бы то ни было, более важным для нас в приведённых результатах является полное отсутствие предполагаемого аффективно-гендерного парадокса / перекоса.

Оценка присутствия депрессии в настоящий момент с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) тоже не выявило никаких заметных колебаний, связанных с полом респондента (в мужской подгруппе выявленные значения даже немного выше, чем в женской). Кстати, количество лиц, находящихся в зоне HADS «клиническая депрессия» соответствовало числу таковых, выявленных с помощью M.I.N.I.

«Вишенкой на торте» являются данные субъективной оценки присутствия депрессивных эпизодов в анамнезе, полученные при личном интервью с респондентами до, в некоторой степени, «стигматизирующих» соприкосновений с HADS и M.I.N.I. Так количество девушек, отнесших себя в группу перенесших депрессивный эпизод в прошлом в целом соответствовало таковым значениям полученным с помощью M.I.N.I., а вот число юношей, признавших в прошлом у себя признаки депрессивного эпизода было в два с лишним раза ниже такового значения, полученного благодаря M.I.N.I.

Последний факт, на наш взгляд, заслуживает самого пристального внимания: возможно, являясь переменной, создающей укоренившийся аффективно-гендерный парадокс. Присутствующий у лиц мужского пола элемент анозогнозии или диссимулятивного поведения в отношении стыдных и немужских паттернов реагирования, возможно, создаёт тот самый заметный процент недиагностированных депрессий у мужчин (немужской диагноз). Очень вероятно, что в поле зрения психиатрической службы попадают случаи «когда уже не вмоготу», а вот состояния «ещё можно, сжав зубы потерпеть» – так и остаются в серой зоне. Данное предположение, безусловно, нуждается в дальнейшем изучении и конкретизации. Минусом подобного отношения (возможно) является более часто попадание мужчин с аффективной патологией сразу на стол к прозектору.

Без всяких сомнений, обнаруженные особенности могут касаться только лишь использованных в исследованиях возрастных срезов населения и их не следует без дальнейшей проверки экстраполированы на условно всех мужчин и женщин, однако даже в

adox / bias.

Assessment of the depression presence at the moment using the hospital anxiety and depression scale (HADS) also did not reveal any noticeable fluctuations related to the gender of the respondent (in the male subgroup, the detected values are even slightly higher than in the female). By the way, the number of people in the HADS "clinical depression" zone corresponded to the number of those identified with the help of M.I.N.I.

The "cherry on the cake" is the data of a subjective assessment of the presence of depressive episodes in the anamnesis, obtained during a personal interview with respondents before, to some extent, "stigmatizing" contacts with HADS and M.I.N.I. Thus, the number of girls who attributed themselves to the group of those who suffered a depressive episode in the past generally corresponded to such values obtained with the help of M.I.N.I., but the number of young men who had signs of a depressive episode in the past was more than two times lower than that obtained by M.I.N.I.

The latter fact, in our opinion, deserves the closest attention: perhaps being a variable that creates an ingrained affective-gender paradox. The element of anosognosia or dissimulative behavior present in males in relation to shameful and non-male response patterns may create the most noticeable percentage of undiagnosed depression in men (non-male diagnosis). It is very likely that cases "when you are already unwell" fall into the field of view of the psychiatric service, but the conditions "you can still endure with clenched teeth" remain in the gray zone. This assumption, of course, needs further study and specification. The disadvantage of such an attitude (perhaps) is the more frequent occurrence of men with affective pathology immediately on the table to the prosector.

Without any doubt, the discovered features can relate only to the age sections of the population used in research and it should not be extrapolated to conditionally all men and women without further verification, however, even in this form, to some extent it forms an idea of the peculiarities of the attitude of men and women toward the hypotimic experiences. Unfortunately, the 2021 study did not imply the possibility of anonymous answers to the question pro-

таком виде в некоторой степени они формируют представление об особенностях отношения мужчин и женщин к испытываемым гипотимическим переживаниям. К сожалению, исследование 2021 года не подразумевало возможности анонимных ответов на вопрос, предлагаемый в работе 2012 года. Остаётся только надеяться, что таковые значения должны быть сопоставимы, но это лишь уровень предположений, требующий уточнения.

Короткое, предварительное резюме: представленные данные говорят в пользу достаточно широкой распространённости депрессивных переживаний у мужчин молодого возраста с заметной тенденцией к сокрытию присутствия таковых при очных формах скрининговой диагностики. Это первый существенный нюанс, касающийся мужского депрессивного синдрома.

Как же подобные особенности «конвертируются» в реальные обращения к психиатрам? В 2023 году в Рязанской области под наблюдением с диагнозами кластера F3 (аффективные расстройства) находилось 1332 человека (1060 женщин и 272 мужчины). Впервые в жизни диагнозы этой группы в 2023 году были установлены 115 пациентам (78 женщин и 37 мужчин). То есть, согласно статистике ПНД основной клиентурой отделений аффективной патологии являются всё же женщины. С депрессивными синдромами уровня «уже не могу» (вероятно, тяжёлой и средней степени) и с: «какое-то нехорошее настроение, лучше уже полегче» (лёгкая и средняя). А вот у мужчин отмечается несколько иная картина с явным преобладанием именно первого уровня («уже не могу» = обычно БАР, РАР, тяжёлой депрессии на фоне отчётливой психотравмы и пр.). Складывается ещё один любопытный парадокс? Депрессивных переживаний у мужчин по данным самоотчётов и специализированных тестов более чем достаточно, их значения (в анамнезе и в текущий момент) не достигают статистически значимой разницы у девушек и юношей, а вот в поле зрения психиатрической службы преимущественно попадают женщины. Кстати, диагностирование БАР и РАР зачастую сопряжено с недобровольным, либо вынужденным обращениям как у женщин, так и у мужчин. Вся же условно неэндогенная и реактивная аффективная патология (попадающая в руки психиатров условно «самоходом») всё же больше удел женщин. Так или иначе, складывается обоснованное ощущение, что депрессивные переживания у мужчин встречаются куда более часто, чем про это нам мо-

posed in the 2012 paper. One can only hope that these values should be comparable, but this is only a level of assumptions that requires clarification.

A short, preliminary summary: the presented data speak in favor of a sufficiently wide prevalence of depressive experiences in young men with a noticeable tendency to conceal the presence of such in face-to-face forms of screening diagnostics. This is the first significant nuance concerning male depressive syndrome.

How do such features "convert" into real appeals to psychiatrists? In 2023, 1,332 people (1,060 women and 272 men) were under observation with diagnoses of cluster F3 (affective disorders) in the Ryazan Region. For the first time in their lives, 115 patients (78 women and 37 men) were diagnosed with this group in 2023. That is, according to the statistics of the NPC, the main clientele of affective pathology departments are still women. With depressive syndromes of the "already unbearable" level (probably severe and moderate) and with: "some kind of bad mood, it's better to be treated" (mild and moderate). But men have a slightly different picture with a clear predominance of the first level ("already unbearable" = usually BAD, RAD, severe depression against the background of distinct psych trauma, etc.). Is another curious paradox forming? According to self-reports and specialized tests, there are more than enough depressive experiences in men, its values (in the anamnesis and at the moment) do not reach a statistically significant difference in girls and boys, but women mainly come to the attention of the psychiatric service. By the way, the diagnosis of BAD and RAD is often associated with involuntary or forced treatment in both women and men. All conditionally non-endogenous and reactive affective pathology (which falls into the hands of psychiatrists conditionally "self-propelled") is still more the lot of women. Anyway, there is a reasonable feeling that depressive experiences in men are much more common than statistical reports of psychiatric institutions can tell us about it. A quote from the hero of a domestic movie comes to mind: "The gopher is not visible, but it is there...". And, again, it is very likely that doctors of the Bureau of forensic medical examination have more truthful, but indirect and, alas, belated information on

гут рассказать статистические отчёты психиатрических учреждений. На ум приходит цитата героя одного отечественного кинофильма: «суслика не видно, но он там есть...» И, опять же, очень вероятно, что более правдивой, но косвенной и, увы, запоздалой информацией по рассматриваемому вопросу обладают врачи бюро судебно-медицинской экспертизы.

Расхожий стереотип: аффективная патология удел женщин, у мужчин на «страдания ни о чём» просто нет времени, и генетически это у них «не прописано», может оказаться грандиозным и опасным заблуждением. Сплошные исследования скорее демонстрируют паритетность представленности аффективной патологии у мужчин и женщин, при реально более низкой обращаемости за медицинской помощью мужчин и склонностью у них игнорировать или приуменьшать депрессивную симптоматику. Это первый тезис, касающийся мужской депрессии, обозначим его условно как диагностический.

Наблюдение 1: «скрытые проблемы, дискаунт вариант». Б., 37 лет, образование высшее техническое, женат одиннадцать лет, два ребёнка. Со слов близких никогда не предъявлял жалоб аффективного круга. В последние несколько недель изредка жаловался на снизившуюся продуктивность на работе. По характеру никогда не был весельчаком, последние два-три месяца ничем существенно не отличались от всех предыдущих, ничем не болел, к врачам не обращался. Утром в один из понедельников был найден повесившимся в гараже, что сопровождалось абсолютным непониманием родственниками и сослуживцами, не замечавшим никаких поводов для произошедшего. Позже был найден дневник покойного, в котором он подробно описывает свои выраженные депрессивные переживания последние пять лет, а также этапы планирования суицида.

Теперь перейдем к особенностям клиники и течения депрессий у мужчин (в частности), в отношении которой у клиницистов существуют также полярные мнения: депрессия – она и у мужчин клинически всё та же депрессия и не следует мудрствовать лукаво (иначе – придётся новую рубрику в ICD организовывать, а наряду с сетью женских консультаций открывать мужские), вторая позиция – клинические особенности всё же присутствуют и игнорировать их не следует.

Начать следует с особенностей личностных, присущих или прививаемых мужчинам в результате

the issue under consideration.

A common stereotype: affective pathology is the lot of women, men simply do not have time to "suffer about anything", and genetically it is "not prescribed" for them, it can turn out to be a grandiose and dangerous misconception. Continuous studies rather demonstrate the parity of the affective pathology representation in men and women, with a really lower incidence of men seeking medical help and their tendency to ignore or minimize depressive symptoms. This is the first thesis concerning male depression, let's call it conditionally as "diagnostic".

Observation 1: "Hidden problems, discount option". B., 37 years old, higher technical education, married for eleven years, two children. According to his relatives, he never complained about the affective circle. In the last few weeks, he has occasionally complained about decreased productivity at work. He has never been a cheerful person by nature, the last two or three months have not significantly differed from all previous ones, he has not been ill in any way and not turned to doctors. On one Monday morning, he was found hanged in the garage, which was accompanied by an absolute misunderstanding by relatives and colleagues, who did not notice any reasons for what happened. Later, the deceased's diary was found, in which he describes in detail his pronounced depressive experiences over the past five years, as well as the stages of suicide planning.

Now let's move on to the specifics of the clinic and the course of depression in men (in particular), in relation to which clinicians also have polar opinions: depression is clinically the same depression in men and one should not be cunning (otherwise, it is necessary to organize a new heading in ICD, and along with a network of women's consultations – male), the second position is that clinical features are still present and it should not be ignored.

We should start with the personal characteristics inherent or instilled in men as a result of socialization and upbringing. It is they who are sometimes able to form that shaky or extremely rigid soil that forms the specifics of experiencing hypothyroid episodes in men.

Men don't cry...? It doesn't suit them to complain and go limp...? All this is the lot

социализации и воспитания. Именно они порой способны формировать ту зыбкую или крайне ригидную почву, формирующую специфику переживания гипотимических эпизодов у мужчин.

Мужчины не плачут...? Им не к лицу жаловаться и раскисать...? Всё это – удел барышень, ты же «соберись, тряпка, и сжав зубы решай вопросы». Безусловно, подобные установки касаются не всех мужчин, в последнее время всё чаще встречаются у милых представительниц прекрасного пола, однако, всё же большая стеснительность в отношении «нехороших» чувств, сокрытие и игнорирование таковых – эти паттерны пока ещё в заметно большей степени касаются именно мужчин. Как, впрочем, и установки на определённые достижения (дерево, дом, ребёнок), большую склонность сравнивать достижения с таковыми у сверстников (хоть у тех же одноклассников), желание условной социальной статусности и пр. Совершенно очевидно, что указанные характеристики в значительной степени вариативны, но в любом случае, можно говорить о некоем усреднённом «мужчине обыкновенном», обладающем традиционными полоролевыми и воспитательными установками.

Признаться в недостижении чего-то или в откровенном фиаско – именно для мужчин этот лейтмотив часто является мешающим признанию у себя наличия депрессивной симптоматики, уж тем более блокируя устремления в кабинет психиатра.

- Пришёл сдаваться...
- Ерунда, наверное, какая-то, но решил подстраховаться... жена отравила.
- Не смог справиться сам, позор-то какой...
- К психиатру? Да лучше сразу удавиться...
- Какой же я мужик после этого...

Чего только не слышат психиатры в подобных случаях, вариантов множество, но смысл один: обращение к специалисту в области психического здоровья равноценно признанию собственной слабости, немощи и жизненного краха. При общении с женщинами подобных гротескных, катастрофизирующих высказываний отмечается определённо меньше, и возникновение таковых часто сопряжено с выраженной тяжестью депрессии, сопровождающейся меланхолическими сверхценными или бредовыми идеями.

И аргумент: культура адекватного восприятия психиатрии в обществе возросла, касается, увы, далеко не всех и каждого, что, несомненно, является отдельной темой для рассуждений и исследований.

of the women, you should "pull yourself together, rag, and clench your teeth to solve the issues". Of course, such statements do not apply to all men, recently they have been increasingly found in lovely representatives of the fair sex, however, there is still a lot of shyness about "bad" feelings, hiding and ignoring them – these patterns are still noticeably more relevant to men. As well as attitudes towards certain achievements (a tree, a house, a child), a greater tendency to compare achievements with those of peers (even among the same classmates), a desire for conditional social status, etc. It is quite obvious that these characteristics are largely variable, but in any case, we can talk about a certain average "ordinary man" who possesses traditional gender roles and educational attitudes.

For men to admit not to achieving something or to outright fiasco – it is that leitmotif that is often an obstacle to recognize the presence of depressive symptoms, especially blocking aspirations to the psychiatrist's office.

- I've come to give up...
- It's probably some kind of nonsense, but I decided to be safe... my wife sent me here.
- I couldn't cope on my own, what a shame...
- To a psychiatrist? Yes, it's better to strangle yourself right away...
- What kind of man am I am after that...

There are many options that psychiatrists do not hear in such cases, but the meaning is the same: contacting a mental health specialist is an equivalent to recognizing one's own weakness, infirmity and life collapse. When communicating with women, there are definitely fewer such grotesque, catastrophizing statements, and the occurrence of such is often associated with a pronounced severity of depression, accompanied by melancholic super-valuable or delusional ideas.

And the argument: the culture of adequate perception of psychiatry in society has increased, unfortunately, not for everyone, which is undoubtedly a separate topic for discussion and research. Without any doubt, modern men find it easier to admit the possibility of contacting a psychiatrist, but so far there has been no "revolution" in men's minds. Sometimes you have to meet the

Без всяких сомнений современные мужчины легче допускают возможность обращения к психиатру, но «революции» пока в мужских умах не произошло. Иногда приходится встречать следующую формулировку императива настоящего мужчины – избегай всего женского, а именно излишней открытости в эмоциях, сюсюканий с детьми, и в том числе и обращений «к всяким психологам и психиатром». Мужское существование многими людьми (в том числе и врачами) продолжает казаться чем-то более беспроблемным и не имеющим значимых оснований для «нервов». И это второй тезис, касающийся мужских депрессивных переживаний, обозначим его как: ни за что и никогда не признаюсь, не пойду, или тихое мужское страдание.

Несколько слов о психолого-возрастных особенностях мужских депрессий (именно в приведённой формулировке). Речь идёт не совсем о возрастных пиках и колебаниях, а скорее именно о кризисных периодах индивидуального развития, и соответствующим им свершениях / несвершениях, моментах осознания завершённости периодов максимальной жизненной активности, осознания необратимости некоторых явлений (кризис среднего возраста, достижение карьерного потолка, отчётливое снижение сексуальной активности, взросление детей и «вылет» их из родительского гнезда, предпенсионный период и выход на пенсию, хронификация соматических заболеваний, кризис принятия экзистенциальных данностей, вынужденное одиночество: вдовство или результат распада брака). Не сложно предположить существование таковых, кстати, зачастую совпадающих с пиками мужской суицидальной активности (вспомним хотя бы суициды вышедших на пенсию). Несмотря на безусловное существование подобных состояний и у женщин, некоторые из них, без всяких сомнений, ярче и отчётливее переживаются именно мужчинами. Тот же кризис среднего возраста, часто совпадающий с пониманием необходимости принятия целого ряда жизненных несвершений, мыслями об оставшемся лишь дожитии отведённого срока, отказом от честолюбивых (и не очень) фантазий, крушением комплекса грандиозности и нередкими проблемами с потенцией. В практической работе любого психиатра и психотерапевта подобные клиенты встречаются весьма часто, как, впрочем, и в кабинетах врачей самых разнообразных профилей в результате нередко формирующейся соматизации депрессивных переживаний, запоздалой попытки сохранения остатков здоровья и даже его приумно-

following formulation of the imperative of a real man – avoid everything feminine, namely excessive openness in emotions, babbling with children, including appeals "to all kinds of psychologists and psychiatrists". Male existence continues to seem to many people (including doctors) to be something more trouble-free and without significant grounds for "nerves". And this is the second thesis concerning male depressive experiences, let's designate it as: I will never admit, I will not go, or quiet male suffering.

A few words about the psychological and age-related features of male depression (precisely in the above formulation). It is not really about age peaks and fluctuations, but rather about the crisis periods of individual development, and the corresponding deviations / non-deviations, moments of awareness of the completion of periods of maximum life activity, awareness of the irreversibility of certain phenomena (midlife crisis, reaching a career ceiling, a distinct decrease in sexual activity, growing up children and "their departure from the parental nest, the pre-retirement period and retirement, the chronification of somatic diseases, the crisis of accepting existential realities, forced loneliness: widowhood or the result of a marriage breakdown). It is not difficult to assume the existence of such, by the way, often coinciding with the peaks of male suicidal activity (let's recall at least the suicides of retired people). Despite the unconditional existence of such conditions in women, some of them, without any doubt, are more vividly and distinctly experienced by men. The same midlife crisis, which often coincides with an understanding of the need to accept a number of life difficulties, thoughts about only surviving the allotted time, abandoning ambitious (and not so) fantasies, the collapse of the grandiosity complex and frequent problems with potency. In the practical work of any psychiatrist and psychotherapist, such clients are very common, as, indeed, in the offices of doctors of a wide variety of professions as a result of the often emerging somatization of depressive experiences, a late attempt to preserve the remnants of health and even its increase (reaching the level of hypochondria), an increase in activity on the principle of "at all times severe" (extreme-but-risky modes of behavior, the

жения (доходящего до уровня ипохондрии здоровья), роста активности по принципу «во все тяжкие» (экстремально-рискованные модусы поведения, употребления ПАВ, приём препаратов, повышающих потенцию). Авторы лично наблюдали множество случаев, когда «весельчак и неутомимый оптимист по жизни» после сорока загонял себя в глубокую меланхолию (которой от него не ждали не окружающие, не тем более, он сам). Это неожиданные и весьма коварные депрессии по типу «никогда бы такого про него не подумали бы, и здравствуйте». На проблемах с потенцией остановимся подробнее. Дело в том, что вопросы мужчине, касающиеся его сексуальной активности, часто остаются в компетенции врачей-сексологов, к которым обращаются предположительно меньшая часть из тех, кто столкнулся с подобным. Врачи других специальностей (даже психиатры, наркологи и психотерапевты) зачастую обходят данную неловкую тему стороной. И, очень вероятно, зря, поскольку наметившиеся проблемы в этой области несут в себе отчётливый депрессиогенный потенциал, подрывая устои мужественности и состоятельности вообще. С другой стороны, именно имеющаяся явная или скрываемая депрессия может приводить к вторичным сексуальным нарушениям. Обозначим третий тезис, как: недооцениваемая роль переломных психологических периодов и возрастных соматических изменений.

Пришло время поговорить непосредственно о клинике мужских депрессивных переживаний. И несмотря на кажущуюся универсальность депрессивного синдрома, некоторый ряд особенностей определённо присутствует. И прежде всего – нередкая смазанность «типовой» клинической картины, на которую нередко ориентируются специалисты после изучения курса психиатрии в университете. Излюбленная многими депрессивная триада в классическом виде (выраженная гипотимия, затруднение процесса мышления и моторная заторможенность) присутствует далеко не всегда: нередко встречаются атипичные и смешанные аффективные состояния.

Вспомним уже упоминавшуюся склонность многих мужчин замалчивать жалобы уровня лёгкой депрессии и даже её средней степени, когда уже всё несомненно отвратительно, но терпеть ещё есть силы (или – надо терпеть): бодрящая депрессия с «улыбкой висельника». Та самая, описываемая многими клиницистами тихая грусть, рационализация или обесценивание (порой весьма наивное) имею-

use of surfactants, taking drugs that increase potency). The authors personally observed many cases when a "cheerful and indefatigable optimist in life" drove himself into deep melancholy (which was not expected of him by others, much less by himself) after forty. These are unexpected and very insidious depressions of the type "they would never have thought of him like that, and hello". Let's look at the problems with the situation in more detail. The fact is that questions to a man concerning his sexual activity often remain within the competence of sexologists, to whom presumably a smaller part of those who have encountered this kind of thing turn. Doctors of other specialties (even psychiatrists, narcologists and psychotherapists) often sidestep this difficult topic. And, very likely, in vain, since the emerging problems in this area carry a distinct depressogenic potential, undermining the foundations of masculinity and well-being in general. On the other hand, it is the existing overt or hidden depression that can lead to secondary sexual disorders. Let's denote the third thesis as: the underestimated role of critical psychological periods and age-related somatic changes.

It's time to talk directly about the clinic for male depressive disorders. And despite the apparent universality of depressive syndrome, a number of features are definitely present. Above all, there is a frequent blurring of the "typical" clinical picture, which specialists often focus on after studying a course of psychiatry at the university. The depressive triad favored by many in its classical form (pronounced hypothyria, difficulty in the thinking process and motor retardation) is not always present: atypical and mixed affective states are often found.

Let us recall the already mentioned tendency of many men to hush up complaints of mild depression and even its moderate degree, when everything is undoubtedly disgusting, but there is still strength to endure (or - it is necessary to endure): invigorating depression with a "hangman's smile". The same quiet sadness described by many clinicians, rationalization or devaluation (sometimes very naive) of existing complaints. Unfortunately, these are often the very situations when "doctor, don't worry, I'll manage on my own" end in a suicidal attempt in the morning, and this option is designated as a cumulative silent

щихся жалоб. К сожалению, нередко – это, те самые ситуации, когда «доктор, не переживайте, я сам справлюсь» на утро заканчиваются суицидальной попыткой, и этот вариант обозначим, как *накопительно-молчаливый тип*. Вероятно, следующая формулировка прозвучит на первый взгляд нелепо, но порой кажется, что пациенты с тяжёлыми депрессиями в структуре БАР или РАР (где возможность диссимуляции практически равна нулю) выглядят прогностически с позиции суицидологии более благоприятно по причине обычного нашего с ними знакомства, и соответственно – осуществляемого наблюдения. А во-вторых, благодаря уже невозможности обмануть себя, родственников и специалиста в случае возникновения эпизода тяжелой степени.

В более лёгких (но не менее суицидогенных) случаях жалобы носят заметно менее указующий на наличие депрессии характер (ипохондрического, деперсонализационно-дереализационного, ангедонистического, амотивационного и «философско - ценностного» уровней).

– Изменился, стал каким-то другим...

– Просто пока ничего не хочется, разве это не нормально?

– Мир поблек, краски стали менее яркими...

– Не вкусно, не интересно, не накуриваюсь...

– Просто хочется побыть одному, подумать о жизни...

– Сразу всё разболелось...

– Вдруг понял, что жил не так, лучшие годы позади...

– Надоели друзья и прежние хобби не радуют...

Но самое главное:

– Настроение скорее нормальное, просто сил меньше стало...

Намекающий, непрямой вариант переживаемой гипотимии. В случае даже отчётливо эндогенного характера переживаний здесь отмечается симптом «раздувания» потенциально возможных реактивных причин случившегося: лечить не надо, само пройдёт согласно положениям К. Ясперса (над ошибками якобы имеющейся внешней причинности работа уже произведена, а значит – не следует излишне драматизировать случившееся).

Наблюдение 2: «рационализация причин страдания». Б., 36 лет. В течении трёх последних месяцев «почувствовал себя странно»: немного снизился «вкус жизни» и работоспособность. Обратился к психологу с запросом на поиск причин случившего-

type. Probably, the following wording will sound ridiculous at first glance, but sometimes it seems that patients with severe depression in the structure of the BAD or RAD (where the possibility of dissimulation is practically zero) look more favorable prognostically from the position of suicidology because of our usual acquaintance with them, and, accordingly, the observation carried out. And secondly, due to the inability to deceive yourself, relatives and a specialist in the event of a severe episode.

In milder (but no less suicidal) cases, complaints are noticeably less indicative of depression (hypochondriacal, depersonalization-derealization, anhedonistic, amotivation and "philosophical-value" levels).

– I've changed, I've become somehow different...

– I just don't want anything yet, isn't that normal?

– The world has faded; the colors have become less bright...

– It's not tasty, it's not interesting, I don't get high...

– I just want to be alone, think about life...

– Everything ached right away...

– Suddenly I realized that I didn't live like that, the best years are behind...

– I'm tired of friends and former hobbies are not happy...

But the most important thing is:

– The mood is rather normal; it just became less strength...

A suggestive, indirect version of the hypothyria experienced. Even in the case of a distinctly endogenous nature of the experience, there is a symptom of "inflating" the potentially possible reactive causes of what happened: it is not necessary to treat, it will pass by itself according to the provisions of K. Jaspers (work has already been done on the errors of the alleged external causality, which means that one should not overly dramatize what happened).

Observation 2: "Rationalization of the suffering causes". B., 36 years old. During the last three months, he "felt strange": the "taste of life" and efficiency decreased slightly. He turned to a psychologist with a request to find the causes of what happened. According to the specialist, the problem was precisely in a reduced mood, which the client actively did not agree with, categorically refusing to seek help from a psychiatrist.

ся. По мнению специалиста, проблема заключалась именно в сниженном настроении, с чем клиент активно не соглашался, категорически отказываясь обратиться за помощью к психиатру. «Никаких таблеток, это психология чистой воды». Три месяца безуспешных попыток «раскопать» психогенную причину, привели к заметному снижению веса (порядка 7-8 кг), вынужденному отпуску. Результат: госпитализация «Скорой» с диагнозом тяжёлый депрессивный эпизод в структуре рекуррентного аффективного расстройства, четыре месяца стационарной терапии.

Достаточно часто жалобы носят отчётливо соматизированный, маскированный характер, в ряде случаев не позволяющего заподозрить именно депрессивный генез возникающих нарушений (помним про частое отсутствие чётких, прямых гипотимических жалоб, либо «прикрытие» их жалобами иного характера, на первый взгляд не имеющими ничего общего с психиатрической патологией). Наиболее распространёнными масками депрессии в таких случаях являются разнообразные неврологические «диагнозы» (неуловимые астенические состояния, диссомнии, всевозможные вегетативные дисфункции, вертебропатии, сенесто-алгические состояния), терапевтические «расстройства» (кардионеврозы, эссенциальная тахикардия, СРК, артропатии, дыхательные дисфункции, проблемы с питанием и иммунитетом), урологические «сенсации» (синдром хронической тазовой боли, «неуловимые» простатиты и раздражённые мочевые пузыри, проблемы с потенцией), психотерапевтические «запросы» (семейные и экзистенциальные проблемы, «что-то всё не так, хотя всё, кажется, нормально»), дерматологические проявления (алопеция, зудящие дерматиты, сухость и шелушения кожи), оториноларингологические «симптомы» (псевдосинуситы, головокружения, миньероподобные приступы и нарушения координации)... список можно ещё долго продолжать. Не следует забывать и про психиатрические маски депрессий, которых в последние годы становится всё больше. Нередко за тревожными расстройствами, паническими атаками, агаро- и социофобиями, импульсивным поведением при более пристрастном и внимательном изучении скрываются первичные депрессивные переживания. Разрекламированные телевидением паники, тревожные состояния видятся (сознательно и бессознательно) меньшей проблемой, чем депрессии.

Наблюдение 3: «психосоматика психосоматике – рознь?» С., 52 лет. В течение последних шести меся-

"No tablets, this is pure psychology". Three months of unsuccessful attempts to "unearth" the psychogenic cause led to a noticeable weight loss (about 7-8 kg), forced release. Result: hospitalization of an ambulance with a diagnosis of a severe depressive episode in the structure of recurrent affective disorder, four months of inpatient therapy.

Quite often, complaints have a distinctly somatized, masked character, in some cases, which does not allow us to suspect the depressive genesis of the emerging disorders (remember the frequent absence of clear, direct hypothyroid complaints, or "covering" it with complaints of a different nature, at first glance having nothing to do with psychiatric pathologies). The most common masks of depression in such cases are a variety of neurological "diagnoses" (elusive asthenic conditions, dysomnia, all kinds of autonomic dysfunctions, vertebropathies, senestological conditions), therapeutic "disorders" (cardio neurosis, essential tachycardia, CHD, arthropathies, respiratory dysfunctions, nutritional and immune problems), urological "sensations" (chronic pelvic pain syndrome, "elusive" symptoms and irritated bladders, problems with potency), psychotherapeutic "requests" (family and existential problems, "something is wrong, although everything seems to be fine"), dermatological manifestations (alopecia, itchy dermatitis, dryness and desquamation of the skin), otorhinolaryngological "symptoms" (pseudosinusitis, dizziness, minion-like seizures and coordination disorders)... the list can be continued for a long time. We should not forget about psychiatric masks of depression, which have been increasing in recent years. Often, anxiety disorders, panic attacks, agoraphobia and social phobias, impulsive behavior with a more biased and attentive study hides primary depressive experiences. The panics advertised on television, anxiety states are seen (consciously and unconsciously) as a lesser problem than depression.

Observation 3: "Psychosomatics to psychosomatics is a discord?" S., 52 years old. During the last six months, "all urologists in the city" have been diagnosed with chronic prostatitis. It has been subjected to a large number of specific studies and manipulations without noticeable improvement. He received several courses of antibiotic

цев наблюдается «у всех урологов города» с диагнозом хронического простатита. Подвергнулся большому количеству специфических исследований и манипуляций без заметного улучшения. Получил несколько курсов антибиотикотерапии. «Все урологи города» оказались неучами, за исключением последнего, предположившего аффективную природу страдания. После длительных уговоров С. был проконсультирован психиатром, подтвердившим наличие депрессивного состояния. После проведения антидепрессивной терапии не излечиваемый месяцами простатит благополучно купировался.

Наблюдение 4: «лёгкое вдруг становится тяжёлым». П., 45 лет. На приёме у участкового терапевта высказывал жалобы соматоформного характера на фоне предположительно хронического снижения настроения. С версией возможного присутствия депрессии категорически не соглашался, от рекомендации обратиться к психиатру отказался. Однако согласился обсудить свои жалобы с неврологов, допустив, что может быть немного и переутомился. Невролог предложил П. заполнить тест HADS, в котором пациент уверенно набирал значение клинического присутствия депрессии, а целенаправленный расспрос позволил специалисту диагностировать депрессивный синдром средней степени тяжести, после чего П. наконец-то согласился с необходимостью его лечения. Он ранее предполагал, что депрессия – это тяжёлая форма безумия с галлюцинациями и бредом, делающая человека недееспособным (к вопросу информированности о сущности состояния мы ещё вернемся позже).

Какие же варианты «депрессии без депрессии» чаще всего встречаются именно у мужчин? Одной из характерных траекторий таковой является внезапное оживление эгоистического полюса личности с чертами личностной инфантильности. Готовность внезапно бросить семью, ребёнка, начать какую-то новую жизнь, завести молодую любовницу и красную спортивную машину. Подобный внешний «драйв» нередко оказывается фасадом серьёзных проблем с настроением, в некотором роде – «прощальной гастролью». Разнообразные «хочу просто разобраться в себе и перезагрузиться», как минимум, должны формировать насторожённость в плоскости возможных прикрываемых аффективных проблем.

Наблюдение 5: «мужик в 45 мачо опять». А., 43 лет внезапно для домашних решил «круто изменить оставшуюся ему жизнь». Начал модно и по молодёжному одеваться, скоро потребовал и получил раз-

therapy. "All the urologists of the city" turned out to be ignoramuses, with the exception of the last one, who assumed the affective nature of suffering. After prolonged persuasion, S. was consulted by a psychiatrist, who confirmed the presence of a depressive state. After the antidepressant therapy, the prostatitis, which had not been cured for months, was successfully stopped.

Observation 4: "The lung suddenly becomes heavy". P., 45 years old. At the reception with the district therapist, he expressed somatoform complaints against the background of a supposedly chronic decrease in mood. He categorically disagreed with the version of the possible presence of depression and refused the recommendation to consult a psychiatrist. However, he agreed to discuss his complaints with neurologists, admitting that he might be a little overworked. The neurologist suggested P. to complete the HADS test, in which the patient confidently gained the significance of the clinical presence of depression, and a purposeful inquiry allowed the specialist to diagnose a depressive syndrome of moderate severity, after which P. finally agreed with the need for his treatment. He previously suggested that depression is a severe form of insanity with hallucinations and delusions, making a person incapacitated (we will return to the question of awareness of the condition essence later).

What are the variants of "depression without depression" most often found in men? One of the characteristic trajectories of this is the sudden revival of the egoistic pole of personality with traits of personal infantilism. The willingness to suddenly abandon a family, a child, start some kind of new life, get a young mistress and a red sports car. Such an external "drive" often turns out to be a facade of serious mood problems, in a way – a "farewell tour". A variety of "I just want to figure myself out and reboot", at least, should form awareness in the plane of possibly concealed affective problems.

Observation 5: "A man at 45 is again a macho". A., 43 years old, suddenly for the household decided to "drastically change the rest of his life". He began to dress fashionably and youthfully, soon demanded and received a divorce, began to behave "correctly": he bought a sports car, got a young partner of 20 years, visited "bohemian plac-

вод, стал вести себя «правильно»: приобрёл спортивный автомобиль, завёл молодую партнершу 20 лет, посещал «богемные места», стал завсегдатаем ночных клубов, употреблял много алкоголя и иных ПАВ, несколько раз «отдыхал» на Ибике, попробовав там «всё». Последнюю неделю заперся от всех в квартире, чтобы «круто подумать». После чего попал в психиатрическое отделение (спустя всего шесть месяцев после начала «крутого изменения жизни»), совершив суицидальную попытку. Диагностирован тяжёлый депрессивный эпизод. Дальнейшее общение продемонстрировало присутствие отчётливых депрессивных переживаний в течение последних четырёх-пяти месяцев.

Следующая траектория: гротескное переживание идей ответственности за близких, семью, будущее детей, сопровождающееся компенсаторной активностью «из последних сил, иначе какой же я мужик». Это бегство в «три работы» (обозначим подобное, как работоголический вариант), оживившаяся религиозность – поиск опоры в борьбе за выживание (религиозно-компенсаторный вариант), в иные духовные и оздоравливающие практики, порой весьма экзотического характера (ещё один викарный вариант), с восхвалением собственной мученически - страдательной роли или потоками жалоб на невыносимую, но необходимую ответственность окружающим (внешне-проективный вариант).

Другой разновидностью сублимации депрессивной симптоматики являются многочисленные варианты копинга, своеобразных доморощенных «самолечений»: компульсивные занятия спортом, увлечение гиперздоровым образом жизни (ЗОЖ) и правильным питанием (ПП), приобретение «взбадривающих», часто очень опасных хобби и способов развлечения, нацеленных на оживление поблёкшего существования (ряд экстремальных видов спорта, игромания, вплоть до русской рулетки и пр.).

Наблюдение 6: «за любым свержусердным занятием спортом и ЗОЖем скрывается...». О., 27 лет. Несколько месяцев назад почувствовал «хроническую усталость», стал хуже успевать на службе, связывал это с своей детренированностью и неправильным образом жизни (речь идёт о «неправильном режиме дня и неверном питании, приведшем к авитаминозу»). Стал одержимо посещать тренажёрные залы, радикально изменил принципы питания, провёл несколько экстремальных «очисток» организма, изводя себя голодом. Практиковал медитации и «послания Вселенной», после чего был госпитализиро-

es", became a regular at night clubs, consumed a lot of alcohol and other surfactants, several times "rested" in Ibiza, having tried "everything" there. For the last week, he locked himself in the apartment from everyone so that he could "think a lot". After that, he ended up in a psychiatric ward (just six months after the start of the "drastic life change"), having made a suicidal attempt. A severe depressive episode has been diagnosed. Further communication demonstrated the presence of distinct depressive experiences over the past four to five months.

The next trajectory is a grotesque experience of the ideas of responsibility for loved ones, family, and the future of children, accompanied by compensatory activity "with the last of my strength, otherwise what kind of man am I". This is an escape into the "three jobs" (let's designate this as a work option), revived religiosity - the search for support in the struggle for survival (religious-compensatory option), into other spiritual and healing practices, sometimes of a very exotic nature (another vicarious option), with the praise of one's own martyr-suffering roles or streams of complaints about unbearable but necessary responsibility to others (externally-a projective option).

Another type of sublimation of depressive symptoms are numerous variants of coping, a kind of homegrown "self-medication": compulsive sports, a passion for a hyper-healthy lifestyle (HLS) and proper nutrition (PN), the acquisition of "invigorating", often very dangerous hobbies and ways of entertainment aimed at reviving a faded existence (a number of extreme sports, gambling, up to Russian roulette, etc.).

Observation 6: "Any overzealous exercise and healthy lifestyle hides...". O., 27 years old. A few months ago, he felt "chronic fatigue", began to do worse at work, attributed this to his detrainment and improper lifestyle (we are talking about "improper daily routine and improper nutrition, which led to avitaminosis"). He began to obsessively visit gyms, radically changed the principles of nutrition, carried out several extreme "cleansing" of the body, starving himself. He practiced meditation and "messages of the universe", after which he was hospitalized in a psychiatric hospital with a diagnosis of a depressive episode. The pa-

ван в психиатрическую больницу с диагнозом депрессивного эпизода. На недобровольном лечении настояли родственники пациента (тоже любопытный аспект, к которому мы ещё вернемся).

И раз уж речь зашла о неудачных копингах, следует поговорить о самом драматичном из них: связи мужских депрессивных переживаний и злоупотреблением алкоголем (впрочем, и всем другими ПАВ). Вопрос «первенства» здесь до сих пор остаётся открытым: что же случается первым? Алкогольные излишества или сформированная алкогольная зависимость приводят к расстройствам настроения, первично присутствующие тревожно-гипотимические состояния «закрепляют» патологические паттерны употребления алкоголя, или же – это два, по сути, независимых, параллельно следующих друг другу процесса. Ограничимся «чиновничьей» формулировкой: вероятно, возможны все три варианта, однако, драматизма в любом из возможных треков достаточно. Представляется, что оба явления «генетически» или генетически (?) связаны, внося существенные коррективы в развитие друг друга, но, как бы то ни было. Проблемность употребления алкоголя может провоцировать именно сам факт присутствия дистимических или отчётливо депрессивных переживаний, как, впрочем, уже само по себе злоупотребление модифицирует (усиливает) течение гипотимического состояния: патологический круг замыкается так или иначе. Трудно спрогнозировать число первично депрессивных мужчин, оказывающихся в кабинетах наркологов, за барными стойками и в отделах магазинов, торгующих спиртными напитками. Но факт остаётся фактом: для мужчин алкоголизация является привычным паттерном «лечения» аффективной патологии. Безусловно, в последние годы отмечается и существенный рост числа женщин, имеющих проблемы с алкоголем, однако, пальму первенства всё же пока удерживают именно мужчины.

Алкоголь и ПАВ продолжают активнейшим образом использоваться в качестве нативных «антидепрессантов», растворяющих печали «в долг или в счёт следующего дня». Наркологическая составляющая мужских депрессий впечатляюща, но всё ещё нуждается в окончательной конкретизации. Перечислим известные околодепрессивные и депрессивные алкогольные феномены: абстинентные и постабстинентные депрессии [8], алкогольная дисфория, измененные по депрессивному типу алкогольные опьянения, приступы пьяного самокопания, самоуничтожения и саможаления, предзапойные субде-

patient's relatives insisted on involuntary treatment (also a curious aspect to which we will return to later).

And since we are talking about unsuccessful copings, we should talk about the most dramatic of them: the connection between male depressive experiences and alcohol abuse (as well as all other surfactants). The question of "primacy" is still open here: what happens first? Alcoholic excesses or formed alcohol dependence lead to mood disorders, the primarily present anxiety-hypo-thymic states "fix" pathological patterns of alcohol consumption, or these are two, in fact, independent, parallel processes following each other. Let's limit ourselves to the "official" formulation: probably, all three options are possible, however, there is plenty of drama in any of the possible tracks. It seems that both phenomena are "genetically" or genetically (?) are connected, making significant adjustments to each other's development, but, anyway. The problematic nature of alcohol consumption can be provoked precisely by the very fact of the presence of dysthymic or distinctly depressive disorders, as, however, abuse itself modifies (strengthens) the course of a hypothyroid state: the pathological circle closes one way or another. It is difficult to predict the number of primarily depressed men who find themselves in the offices of narcologists, behind bar counters and in the departments of shops selling alcoholic drinks. But the fact remains: for men, alcoholism is a familiar pattern of "healing" affective pathology. Of course, in recent years there has been a significant increase in the number of women with alcohol problems, however, it is still men who hold the primacy palm.

Alcohol and surfactants continue to be actively used as native "antidepressants" that dissolve sorrows "in debt or on account of the next day". The narcological component of male depression is impressive, but still needs to be finalized. Let's list the well-known near-depressive and depressive alcoholic phenomena: abstinent and post-abstinent depressions [8], alcoholic dysphoria, alcohol intoxication modified by depressive type, bouts of drunken self-deprecation, self-deprecation and self-pity, pre-binge subdepressive kindings ("rocking / kindling" to start drinking alcohol), depressogenic drinking problems and others

прессивные киндинги («раскачки / разжигания» для начала употребления спиртного), депрессиогенные проблемные выпивки и иные опасные формы злоупотребления алкоголем [17-19]. Упомянем и наиболее трагичное последствие алкогольных гипотимий – суицидальное поведение [1, 8, 20], которое, как нам представляется, в большинстве случаев, так или иначе, формируется при участии аффективной составляющей (за исключением может быть, абреактивных попыток – внезапных, осуществленных на фоне выпивки и сопутствующей психогении).

Наблюдение 7: «алкогольная анозогнозия депрессивных переживаний». С., 43 года. Злоупотребляет алкоголем с 25 лет, в течении последних 13 лет сформировалась псевдовдозапойная ритмика употребления алкоголя с выраженным абстинентным состоянием. Длительность периодов употребления алкоголя до полутора недель, светлые промежутки до двух-трех месяцев. Толерантность к алкоголю до 1,25 л. в пересчёте на водку. Со слов пациента у него никогда не отмечалось снижений настроения, никаких «ваших депрессий». Однако со слов жены первые три дня после запойного периода фон настроения у мужа носит выраженно тоскливо-злой характер, он предъявляет жалобы на нежелание жить и готовность удавиться от тоски. Однажды в подобном состоянии пытался застрелиться (охотник, дома имеется оружие), ружьё отобрал отец супруги. Сам С. позже категорически отрицал желание покончить с собой, списывая всё случившееся на браваду, которую неверно расценили. Однако супруге ближайший друг С. переслал написание тем сообщения в мессенджере, где С. писал о «поганейшем настроении и отсутствие смысла жизни». При более тщательном расспросе врачом С. признался, что настроение «от жизни такой» обычно на тройку по десятибалльной шкале, а спиртное на время помогает забыться «если бы не мерзкое похмелье». И тут же добавляет, что «у всех же так же, разве нет?»

Следующим, косвенным, но немаловажным аспектом отношений мужского пола и депрессии является уже упоминавшийся вопрос о существенно различающейся информированности мужчин и женщин о сущности и природе гипотимических состояний. Для большинства женщин депрессия не только не является одиозным и стыдным состоянием, но и имеется заметно большая осведомлённость в отношении её симптомов, отсутствуют откровенно иррациональные представления (обязательное и, разумеется, не излечиваемое безумие, присутствие выраженной

dangerous forms of alcohol abuse [17-19]. Let us also mention the most tragic consequence of alcoholic hypothyria – suicidal behavior [1, 8, 20], which, as it seems to us, in most cases, one way or another, is formed with the participation of an affective component (with the exception, perhaps, of abrupt attacks – sudden ones carried out against the background of drinking and concomitant psychogeny).

Observation 7: "Alcoholic anosognosia of depressive experiences". S., 43 years old. He has been abusing alcohol since the age of 25, and over the past 13 years, a pseudo-binge drinking rhythm has formed with a pronounced withdrawal condition. The duration of alcohol consumption periods is up to one and a half weeks, light intervals up to two to three months. Alcohol tolerance is up to 1.25 liters in terms of vodka. According to the patient, he has never had a decrease in mood, no "your depressions". However, according to his wife, for the first three months after a binge period, the background of her husband's mood is of an extremely dreary and malicious nature, he complains of unwillingness to live and willingness to suffocate from longing. Once, in a similar state, he tried to shoot himself (a hunter, there was a weapon at home), the wife's father took the gun away. S. himself later categorically denied the desire to commit suicide, blaming everything that happened on bravado, which was incorrectly interpreted. However, S.'s closest friend forwarded to his wife the writing of the message in the messenger, where S. wrote about the "filthy mood and lack of meaning in life". Upon closer questioning by the doctor, S. admitted that the mood "from such a life" is usually three on a ten-point scale, and alcohol helps to forget for a while "if not a nasty hangover". And then he adds that "it's the same for everyone, isn't it?"

The next, indirect, but important aspect of the relationship between the male sex and depression is the already mentioned issue of significantly different information between men and women about the essence and nature of hypothyria conditions. For most women, depression is not only not an odious and shameful condition, but there is also a noticeably greater awareness of its symptoms, there are no openly irrational ideas (mandatory and, of course, incurable insanity, the presence of pronounced inadequacy

неадекватности в поведении, бреда, галлюцинаций, помрачений сознания и пр.). Женщины гораздо более «подкованы» в вопросах банальной самодиагностики и понимания излечиваемости депрессивных состояний. Их большая открытость в обсуждении эмоциональных проблем (с теми же подругами и коллегами на работе), способность жаловаться – формируют более объективное информационное поле и почву для возможного получения специализированной помощи. Что в значительно меньшей мере касается современных мужчин, часто не имеющих даже «доверенного лица», с кем можно обсудить своё проблемное состояние (кстати, даже ближайший партнер может не рассматриваться в качестве такового).

Тем не менее, именно ближайшие родственники мужчин, их друзья и коллеги по работе способны первыми заподозрить присутствие у тех депрессии, опираясь на внешние признаки присутствия таковой. Именно они достаточно часто являются инициаторами обращения заболевшего мужчины к психиатру, либо приходят на приём первыми, чтобы уточнить, каким способом можно уговорить потенциального пациента всё же за помощью обратиться. Подобный вариант обращений можно обозначить как внешне-приводной. Подобных же сценариев, касающихся женщин, значительно меньше: их обращения гораздо чаще осуществляются по собственному желанию и на добровольной основе.

Кстати, женщины с депрессиями обычно легко вспоминают своих родственников, имевших аффективную патологию (выяснение наследственной отягощенности), мужчины же припоминают таковых реже и с большим трудом. Вопросы эти памяти, вытеснения неприятной информации или всё же генетики – это требует дальнейшего уточнения.

Также требуют дальнейшей конкретизации и уточнения ряд гормональных, лабораторных и телесных аспекты мужских депрессий. Обнаруживаемые у депрессивных мужчин абдоминальное ожирение, гиперхолестеринемия (ЛПВП), артериальная гипертензия [21], нарушенные показатели тестостерона в зависимости от типа депрессивного эпизода [22, 23] не до конца изучены, как, впрочем, остаётся невыясненной очередность возникновения обнаруживаемых изменений.

Касаясь отношения мужчин к перспективе терапии и непосредственно лечению депрессивных расстройств стоит тоже отметить несколько нюансов. Мужчины реже получают полноценное антидепрессивное (психофармакологическое и психотерапевти-

in behavior, delusions, hallucinations, confusion, etc.). Women are much more "savvy" in matters of banal self-diagnosis and understanding of the curability of depressive states. Their greater openness in discussing emotional problems (with the same girlfriends and colleagues at work), the ability to complain, form a more objective information field and the ground for possible specialized assistance. Which is much less true for modern men, who often do not even have a "trusted person" with whom they can discuss their problematic condition (by the way, even the closest partner may not be considered as such).

Nevertheless, it is the closest relatives of men, their friends and work colleagues who are able to be the first to suspect the presence of depression in those, based on external signs of the presence of such. They are the ones who quite often initiate the treatment of a sick man by a psychiatrist, or come to the appointment first to clarify how a potential patient can be persuaded to seek help. A similar version of the appeals can be designated as an external drive. There are significantly fewer similar scenes concerning women: their appeals are much more often carried out on their own and on a voluntary basis.

By the way, women with depression usually easily recall their relatives who had affective pathology (clarification of hereditary burden), men recall them less often and with great difficulty. These issues of memory, displacement of unpleasant information, or genetics, however, require further clarification.

A number of hormonal, laboratory and bodily aspects of male depression also require further specification and clarification. The abdominal obesity, hypercholesterolemia, arterial hypertension found in depressed men [21], impaired testosterone levels depending on the type of depressive episode [22, 23] have not been fully studied, as, however, the sequence of the observed changes occurrence remains unclear.

Regarding the attitude of men towards the prospect of therapy and the direct treatment of depressive disorders, it is also worth noting several nuances. Men are less likely to receive full-fledged antidepressant (psychopharmacological and psychotherapeutic treatment), unlike women. First of all, this is due to the above-mentioned per-

ческое лечение) в отличие от женщин. Прежде всего это связано с указанными выше личностными особенностями, обесцениванием значимости имеющихся переживаний, страхом госпитализации и ущемления гражданских и профессиональных прав [24]. С этим же, возможно, связано и более раннее прекращение назначаемой терапии (самостоятельное или по настоятельному требованию пациента с диссимуляцией остаточных симптомов). Кроме того, усилившиеся сексуальные нарушения на фоне фармакологической терапии часто служат причиной отказа от таковой.

Последнее клиническое наблюдение демонстрирует мощност и коварство депрессивных отрицающих механизмов (denial mechanism), готовых дать фору подобным, ставшим хрестоматийными, при алкогольной зависимости.

Наблюдение 8: «уж кто бы знать про депрессию всё должен... или сапожник без сапог». На приёме топовый психиатр-психотерапевт Ж., 45 лет, с пеной у рта не соглашающийся с предполагаемым у него диагнозом депрессивного эпизода. Внешне вполне успешен, работал многие годы на благо клиентов 14/6, успевал заниматься спортом, в субботу вечером обязательно уезжал на охоту (что бы выплеснуть скопившееся напряжение). Единственными значимыми жалобами, по его мнению, на сегодня являются таковые на нарушившийся сон и чуть ухудшившуюся память («что немудрено при таком бешеном ритме жизни»). Ещё имеются «незначимые» жалобы: участвовавшие головные боли в области лба (несколько раз делал обследование пазух, поскольку подозревался фронтит или гайморит), проблемы со стулом (запоры), тахикардия и сухость во рту (в покое и ещё более выраженные при занятиях спортом). В голове последние несколько месяцев навязчиво крутится мысль «куда-нибудь свалить на год или два» (что Ж. считает приступами любви к себе). Причиной же обращения стала убежденность Ж. в присутствии у него серьёзного соматического заболевания («возможно рака»), поскольку за последний год он похудел почти на 10 кг «без всяких диет». Всесторонне обследовался (неоднократно), но никаких соматических или неврологических расстройств выявлено не было. Последние полгода перестал ездить на охоту («как-то расхотелось вдруг, позже...»), стал подолгу залеживаться в постели по воскресеньям. Наблюдался у друга невролога, витаминно-метаболическая терапия не оказала заметного эффекта... От рекомендаций друга обратиться к своему коллеге или самостоятельно назначить себе терапию

sonal characteristics, devaluation of the existing experiences significance, fear of hospitalization and infringement of civil and professional rights [24]. This may also be due to an earlier termination of the prescribed therapy (independently or at the urgent request of the patient with the dissimulation of residual symptoms). In addition, increased sexual disorders against the background of pharmacological therapy often serve as a reason for refusal of such.

The latest clinical observation demonstrates the power and insidiousness of depressive denial mechanisms (denial mechanism), ready to give odds to such, which have become textbook, in alcohol addiction.

Observation 8: "Who would know everything about depression... or a shoemaker without boots". At the reception, a top psychiatrist-psychotherapist J., 45 years old, foaming at the mouth, disagrees with his alleged diagnosis of a depressive episode. Outwardly, he was quite successful, worked for many years for the benefit of clients 14/6, managed to play sports, on Saturday evening he had to go hunting (to vent the accumulated tension). The only significant complaints, in his opinion, today are those for disturbed sleep and slightly impaired memory ("which is no wonder with such a frenzied pace of life"). There are also "minor" complaints: frequent headaches in the forehead area (he did a sinus examination several times, since frontitis or sinusitis was suspected), problems with defecation (constipation), tachycardia and dry mouth (at rest and even more pronounced when engaged in sports). For the last few months, the thought has been obsessively spinning in his head "to dump somewhere for a year or two" (that he considered as attacks of self-love). The reason for the change was J.'s conviction in the presence of a serious somatic disease ("possibly cancer"), since over the past year he has lost almost 10 kg "without any diet". He was comprehensively examined (repeatedly), but no somatic or neurological disorders were detected. In the last six months, he stopped going hunting ("I suddenly didn't feel like it, later..."), and began to lie in bed for a long time on Sundays. He was observed by a neurologist friend, vitamin and metabolic therapy did not have a noticeable effect... For a long time, he refused the recommendations of a friend to contact his

долгое время отказывался. Лишь настойчивые уговоры близких заставили «для их успокоения» проконсультироваться у психиатра.

Таким образом, клиническими «тезисами», так или иначе касающимися депрессии у мужчин, являются прежде всего, смазанность типичной клинической картины, на которую обычно ориентируются специалисты, преобладание жалоб ипохондрического, деперсонализационно-дереализационного, ангедонистического, амотивационного и философско-ценностного уровней, частота соматических, неврологических, терапевтических и прочих масок депрессии, тенденция к рационализации симптомов и поиск экзогенно-реактивных причин таковых. Нередок эгоистический трек развития депрессивной симптоматики, либо использование неэффективных (зачастую витиеватых и даже вычурных) методов совладания, связь с злоупотреблением алкоголя или сформированной алкогольной зависимостью, недостаточная информированность о сути депрессивных состояний, частота первично внешней диагностики (родственники, сослуживцы) и сила вытесняющих / обесценивающих механизмов.

Заключение

Депрессия у мужчин имеет целый ряд особенностей, создающих существенные сложности в её своевременном выявлении и оказании адекватной помощи. Зачастую наблюдается смазанность типичной клинической картины, что приводит к диагностическим ошибкам и удлинению сроков квалификации состояния. Что возможно является причиной описанных суицидов в качестве первого симптома имевшейся, но скрываемой (даже от себя) депрессии.

Аффективно-гендерный парадокс при выявлении депрессивных состояний, очень вероятно, связан лишь с особенностями диагностического подхода.

Мужские депрессии, без всякого сомнения, нуждаются в дальнейшем исследовании, высказанные в данной работе предположения, хочется надеяться, послужат делу теоретического и практического обоснования рассматриваемых положений.

Литература / References:

1. Положий Б.С. и др. Национальное руководство по суицидологии. Москва: Медицинское информационное агентство, 2019. 600 с. [Polozhiy BS, et al. The National Guide to Suicidology. Moscow: Medical Information Agency, 2019. 600 p.] (In Russ) ISBN 978-5-9986-0392-1
2. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2008. 178 с. [Govorin NV, Sakharov AV Suicidal behavior: typology and factor conditioning. Chita: Publishing house "Ivan Fedorov", 2008. 178 p.] (In Russ)
3. Меринов А.В., Газарян З.Е., Косырева А.В. Парадокс суицидогенности психиатрических диагнозов: кто же вы, наиболее суицидогенные диагнозы? *Академический журнал Западной Сибири*. 2024; 20 (3): 25-27. [Merinov AV, Gazaryan ZE, Kosyreva AV The paradox of suicidogenicity of psychiatric diagnoses: who are you, the most suicidogenic diagnoses? *Academic Journal of*

colleague or independently prescribe therapy for himself. Only the persistent persuasion of loved ones forced them to consult a psychiatrist "to calm them down".

Thus, the clinical "theses", one way or another concerning depression in men, are primarily the blurring of the typical clinical picture, which specialists usually focus on, the predominance of complaints of hypochondriacal, depersonalization - derealization, anhedonistic, amotivation and philosophical-value levels, the frequency of somatic, neurological, therapeutic and other masks of depression, the tendency to rationalize symptoms and the search for exogenously reactive causes of such. There is often an egoistic track of the depressive symptoms development, or the use of ineffective (often ornate and even pretentious) coping methods, a connection with alcohol abuse or formed alcohol dependence, insufficient awareness of the essence of depressive states, the frequency of primary external diagnostics (relatives, colleagues) and the power of displacing / devaluing mechanisms.

Conclusion

Depression in men has a number of features that create significant difficulties in its timely detection and provision of adequate care. Blurring of the typical clinical picture is often observed, which leads to diagnostic errors and prolongation of the qualification period of the condition. Which may be the reason for the described suicides as the first symptom of existing, but hidden (even from oneself) depression.

The affective-gender paradox in the identification of depressive states is very likely related only to the peculiarities of the diagnostic approach.

Male depressions, without any doubt, need further research, and the assumptions made in this work, hopefully, will serve the cause of theoretical and practical substantiation of the provisions under consideration.

- West Siberia = Akademicheskii zhurnal Zapadnoi Sibiri.* 2024; 20 (3): 25-27.] (In Russ) DOI: 10.32878/sibir.24-20-03(104)-25-27
4. Меринов А.В., Газарян З.Е., Косырева А.В., и др. Лица с установленным психиатрическим диагнозом среди покончивших с собой посредством самоповешения и падения с высоты (на примере Рязани, Рязанского и Рыбновского районов). *Суицидология.* 2024; 15 (2): 76-93. [Merinov AV, Gazaryan ZE, Kosyreva AV, et al. Persons with an established psychiatric diagnosis among those who committed suicide by self-hanging and falling from a height (based on the example of city of Ryazan, Ryazan and Rybnovsky regions). *Suicidology = Suicidologiya.* 2024; 15 (2): 76-93.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.24-15-02(55)-76-93.
 5. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide> ссылка активна на 07.12.2024 г. [link is active on 07.12.2024] (In Russ)
 6. Розанов В.А. К вопросу о гендерном парадоксе в суицидологии – современный контекст. *Суицидология.* 2021; 12 (1): 80-108. [Rozanov VA On the gender paradox in suicidology – a contemporary context. *Suicidology = Suicidologiya.* 2021; 12 (1): 80-108.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-80-108
 7. Сомкина О.Ю., Меринов А.В. Суицидальная и несуйцидальная аутоагрессия у женщин, страдающих алкогольной зависимостью. *Тюменский медицинский журнал.* 2013; 15 (3): 41-42. [Somkina OYu, Merinov AV Suicidal and non-suicidal autoaggression in women suffering from alcohol dependence. *Tyumen Medical Journal = Tyumenskij medicinskij zhurnal.* 2013; 15 (3): 41-42.] (In Russ)
 8. Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. СПб: Экспертные решения, 2017. 192 с. [Merinov AV The role and place of the phenomenon of autoaggression in the families of patients with alcohol addiction. St. Petersburg: Expert solutions, 2017. 192 p.] (In Russ)
 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 (3-73): 76-77. [Umansky MS, Khokhlov MS, Zotova EP, Bykova AA, Lonchakova IV Completed suicides: the ratio of men and women. *Academic Journal of West Siberia = Akademicheskii zhurnal Zapadnoi Sibiri.* 2018; 14 (3-73): 76-77.] (In Russ)
 10. Rutz W, Wälinder J, Von Knorring L, et al. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *J Psychiatry Clin Pract.* 1997; 1 (1): 39-46. DOI: 10.3109/13651509709069204
 11. Riley T, Treiber FA, Woods MG Anger and Hostility in Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 1989; 177 (11): 668-674. DOI: 10.1097/00005053-198911000-00002
 12. Гречко Т. Ю. Возможности выявления признаков депрессии у студентов ВГМУ с помощью Готландской шкалы мужской депрессии (GSMD). *Прикладные информационные аспекты медицины.* 2016; 19 (1): 33–37. [Grechko TY Possibilities of detecting signs of depression in VSMU students using the Gotland scale of male depression (GSMD). *Applied information aspects of medicine.* 2016; 19 (1): 33–37.] (In Russ)
 13. Осадший Ю.Ю., Перехов А.Я. Психологические и социальные аспекты различий мужской и женской депрессий. *Материалы региональной научной конференции «Психиатрия – медицина и искусство».* 2019; 106-110. [Osadshiy YuYu, Perekhov AYa Psychological and social aspects of the differences between male and female depression. *Materials of the regional scientific conference "Psychiatry – Medicine and Art".* 2019; 106-110.] (In Russ)
 14. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin. Psychiatry.* 1998; 59 (20): 22–33.
 15. <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/bipolar-disorder> ссылка активна на 07.12.2024 г. [link is active on 07.12.2024] (In Russ)
 16. <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/depression> ссылка активна на 07.12.2024 г. [link is active on 07.12.2024] (In Russ)
 17. Ding L, Zhang N, Zhang W, et al. The influence of alcohol use and depression on suicide intention among Chinese university students. *Psychology.* 2023; 14: 1857-1867. DOI: 10.4236/psych.2023.1412110
 18. Полкова К.В., Меринов А.В. Суицидологический профиль молодых женщин с опасным потреблением алкоголя. *Научный форум. Сибирь.* 2023; 9 (2): 26-27. [Polkova KV, Merinov AV. Suicidal profile of young women with hazardous alcohol consumption. *Scientific Forum. Siberia = Nauchnyj forum. Sibir'.* 2023; 9 (2): 26-27.] (In Russ)
 19. Суицидальные и несуйцидальные самоповреждения подростков / Коллективная монография. Под редакцией проф. П.Б. Зотова. Тюмень: Вектор Бук, 2021. 472 с [Suicidal and non-suicidal self-harm of adolescents / Collective monograph. Edited by Prof. PB Zotov. Tyumen: Vector Book, 2021. 472 p.] (In Russ) ISBN 978-5-91409-537-3
 20. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. Санкт-Петербург: ООО "Издательство"СпецЛит", 2016. 207 с. [Shustov DI Autoaggression and suicide in alcohol addiction: clinic and psychotherapy. Saint Petersburg: LLC "Publishing House "SpetsLit", 2016. 207 p.] (In Russ) ISBN 978-5-299-00760-2
 21. Акимова Е.В., Акимов М.Ю., Гакова Е.И., и др. Кластеры и компоненты метаболического синдрома – ассоциации с распространенностью депрессии среди мужчин открытой городской популяции. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2018; 17 (5): 53-58. [Akimova EV, Akimov MYu, Gakova EI, et al. Clusters and components of the metabolic syndrome are associations with the prevalence of depression in open urban male population. *Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2018; 17 (5): 53-58.] (In Russ) DOI: 10.15829/1728-8800-2018-5-53-58
 22. Rodgers S, Holtforth M, Hengartner MP, et al. Serum Testosterone Levels and Symptom-Based Depression Subtypes in Men. *Frontiers in Psychiatry.* 2015; 6: 61. DOI:10.3389/fpsyt.2015.00061
 23. Wooderson SC, Gallagher P, Watson S, et al. An exploration of testosterone levels in patients with bipolar disorder. *BJPsych.* 2015; 1 (2): 136-138. DOI: 10.1192/bjpo.bp.115.001008

24. Michniewicz KS, Bosson JK, Lenex JG, et al. Gender-Atypical Mental Illness as Male Gender Threat. *Am J*

Mens Health. 2016; 10 (4): 306-317. DOI: 10.1177/1557988314567224

MALE DEPRESSION: FICTION OR CLINICAL REALITY? ANALYSIS OF THE PHENOMENON FROM THE PERSPECTIVE OF SUICIDAL PRACTICE

A.V. Merinov

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; merinovalex@inbox.ru

Abstract:

The existence of a connection between suicidal behavior and depressive experiences has long been established and no one is in doubt now: depressive affect mediates the action of most other predictors and factors of high suicidal risk that are known today. The existence of the male depressive syndrome is still controversial. This work is an attempt to revise existing ideas about male depression, the search of possible strong points of its early detection. *Materials and methods.* The article uses the results of previous studies concerning the detection of depressive experiences in young people of both sexes, students of the medical university. Statistical data of the "Ryazan Regional Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Bazhenov" (Ryazan) for 2023 were used to assess the gender cross-section of psychiatric treatment. The analysis of interviews with practicing psychiatrists, narcologists and psychotherapists concerning the specifics of depressive syndrome in men was carried out. *Results.* According to student's self-reports, 38% of boys and 49% of girls had previously noted depressive states. The results of M.I.N.I. (an interview aimed at identifying clinically occurring depressive episodes) are also equal (24.5% and 24.65% in the anamnesis and 1.96% and 2.33% currently, respectively). The HADS data also do not reveal significant gender differences (2.45% and 1.62%, respectively). However, a subjective assessment of the depressive episodes presence in the anamnesis (two weeks or more) in a personal interview before filling out HADS and M.I.N.I. reveals twice the lower results of self-diagnosis of depression in males (which is practically not observed in the female subgroup: 10.78% and 21.40%). That is, continuous studies rather demonstrate the uniformity of the affective pathology representation in men and women with a really lower incidence of men seeking medical help, with a tendency to ignore or minimize depressive symptoms. In turn, educational and cultural factors form in men a mindset to ignore depressive experiences that create the phenomenon of male silent suffering. There are probably psychological and age-related features of male depressions that are directly related to the type of aging and value crisis periods (middle age, acceptance of non-fulfillment and fading prospects). The clinical peculiarity of depression in men is primarily due to the blurring of the "typical" clinical picture, which specialists usually focus on, the predominance of complaints of hypochondriacal, depersonalization-derealization, hedonistic, amotivation and philosophical value levels, the frequency of somatic, neurological, therapeutic and other masks of "depression without depression", a noticeable tendency to rationalize symptoms and search for exogenously reactive causes of it. The selfish track of the development of depressive symptoms, the use of ineffective coping methods, the connection with alcohol abuse or formed alcohol dependence, insufficient awareness of the essence of depressive states, the frequency of primary external diagnostics (relatives, colleagues) and powerful displacing / devaluing mechanisms are not uncommon. *Conclusions.* Depression in men has a number of features that create significant difficulties in its timely detection and provision of adequate assistance. The observed blurring of the typical clinical picture leads to diagnostic errors and lengthening of the qualification period of the condition. The detectable affective-gender paradox of identifying depressive states is very likely related only to the peculiarities of the diagnostic approach.

Keywords: depression, depression in men, hypothyria, suicide, suicide attempt, autoaggression, suicidology

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 29.11.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.12.2024.

Для цитирования: Меринов А.В. Мужская депрессия: вымысел или клиническая реальность? Анализ феномена с позиции суицидологической практики. *Суицидология.* 2024; 15 (4): 3-28. doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-04(57)-3-28

For citation: Merinov A.V. Male depression: fiction or clinical reality? Analysis of the phenomenon from the perspective of suicidal practice. *Suicidology.* 2024; 15 (4): 3-28. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-04(57)-3-28

СУИЦИД КАК МУЛЬТИФАКТОРНАЯ ПАТОЛОГИЯ

В.А. Козлов, А.В. Голенков, Е.С. Деомидов, Ф.В. Орлов

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

SUICIDE AS A MULTIFACTORIAL PATHOLOGY

*V.A. Kozlov, A.V. Golentkov,
E.S. Deomidov, F.V. Orlov*

Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

Сведения об авторах:

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

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

Деомидов Евгений Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 9811-9509; Researcher ID: AAL-4537-2020; ORCID iD: 0000-0001-8107-3671). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (927) 845-99-97, электронный адрес: neurokaf@yandex.ru

Орлов Федор Витальевич – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 5604-0041; ORCID iD: 0000-0002-8772-4428; Researcher ID: AAI-4508-2020). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Телефон: +7 (903) 358-01-06, электронный адрес: orlovf@yandex.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, Chuvash State University named after I.N. Ulyanov". Address: 45 Moskovsky prospect, Cheboksary, Russia. Phone: +7 (903) 379-56-44, e-mail: pooh12@yandex.ru

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

Deomidov Evgeni Sergeevich – MD, PhD (SPIN-code: 9811-9509; Researcher ID: AAL-4537-2020; ORCID iD: 0000-0001-8107-3671). Place of work and position: Assistant Professor of the Department of Psychiatrics, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: 6 Pirogov Str, Cheboksary, Russia. Phone: +7 (927) 845-99-97, email: neurokaf@yandex.ru

Orlov Fedor Vitalievich – MD, PhD (SPIN-code: 5604-0041; Researcher ID: AAI4508-2020; ORCID iD: 0000-0002-8772-4428). Place of work and position: Assistant Professor of the Department of Psychiatrics, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: 6 Pirogov Str. Cheboksary, Russia. Tel.: +7 (903) 358-01-06, email: orlovf@yandex.ru

Такое фундаментальное понятие, как суицидальное поведение (СБ), не имеет четко очерченных границ и содержания. В настоящее время СБ и суицид рассматриваются как многофакторная патология. Однако классических исследований, основанных на критериях Ф. Фогеля и А. Мотульски, подтверждающих эту идею, пока не проводилось. Целью исследования было продемонстрировать многофакторную природу СБ и суицидального поведения и выделить наблюдаемые критерии-предикторы, позволяющие с уверенностью диагностировать наличие СБ у обследуемого и оценить риск суицида. Результаты. Используя медианные данные о количестве самоубийств на 100 000 человек, совершенных населением США в 2000-2019 гг. в 5-летних возрастных когортах, мы показали, что число самоубийств резко возрастает в возрасте до 14 лет, достигает пика в 45-54 года и вновь резко возрастает в 65 лет и старше. В периоды 0-

14, 20-24, 23-25 и 45-54 лет ежегодное число самоубийств сильно варьирует, что отражается в коэффициентах вариации уровня самоубийств в этих интервалах по годам (28,2, 17,5, 23,6, 14,9, соответственно). В остальных возрастных интервалах коэффициенты вариации меньше или близки к 10%. Когда критерий близнецов рассчитывался на основе общедоступных данных, его значение варьировало от 6,4 до 18,6 в зависимости от данных, предоставленных авторами, при пороговом значении 4,0. Значение коэффициента сегрегации составило 2,7 при пороговом значении 2,0. Полученные графические и расчетные результаты позволяют объективно заключить, что СП и суицид действительно являются многофакторными патологиями. На основании ранее проведенных и опубликованных аналитических исследований свободно доступной литературы по СП и полученных в данной работе доказательств его многофакторной природы нами разработана и предложена многофакторная гипотеза СП и его завершения суицидом, охватывающая практически весь известный спектр генетических и патофизиологических явлений, связанных с СП. На основе этих идей была предложена для обсуждения суицидологами шкала наблюдаемых (объективных) предикторов СП. Сделан *вывод*, что СП и суицид соответствуют набору классных показателей многофакторной патологии.

Ключевые слова: определение суицидального поведения, критерии, суицид, близнецовый критерий, сегрегационный критерий, мультифакторная гипотеза

Без концепции нет перцепции
Банальность

Without concept there is no perception
Banality

Психические расстройства или психические заболевания не определяются причинами. Они определяются кластерами симптомов
Д. Лестер

Mental disorders or mental illnesses are not defined by causes.
They are defined by symptom clusters
D. Lester

Бессознательное может без нашего ведома вести нас к катастрофе.
Джон Барг

The unconscious can lead us to disaster without our knowledge.
John Bargh

Кто принимает решения, вы, или ваш мозг?
Татьяна Черниговская

Who makes decisions, you or your brain?
Tatiana Chernigovskaya

В своей работе мы неожиданно осознали, что такое основное понятие, как суицидальное поведение (СП), не имеет однозначно определённых границ и однозначно определённого содержания. Определение наличия СП с помощью тест-опросников [1, 2, 3] встречается с рядом явных сложностей, а именно: 1) тестированию невозможно подвергнуть всю популяцию; 2) слепой скрининговый тест может «пройти мимо» потенциального суицидента; 3) по мнению специалистов, «... нет «типичной» жертвы самоубийства, нет и «типичных» суицидальных мыслей...» [4], поэтому, сколь бы не был совершенен тест, он никогда не даст приемлемой выявляемости лиц с СП, хотя бы в силу отсутствия однозначной дефиниции этого явления; 4) проведение теста на выявление склонности к совершению суицида может послужить триггером совершения суицида; 5) психологическое тестирование осуществляется вслепую без предварительного формирования целевых групп обследуемых; 6) суицидент может скрывать свои намерения. По этой причине необходимо разработать профессиональный консенсус, однозначно

In our work, we unexpectedly realized that such a basic concept as suicidal behavior (SB) does not have clearly defined boundaries and clearly defined content. Determining the presence of SB using test questionnaires [1, 2, 3] encounters a number of obvious difficulties, namely: 1) it is impossible to test the entire population; 2) a blind screening test may “miss” a potential suicide; 3) according to experts, “... there is no “typical” suicide victim, there are no “typical” suicidal thoughts...” [4], therefore, no matter how perfect the test is, it will never provide an acceptable detection of persons with SB, although due to the lack of an unambiguous definition of this phenomenon; 4) conducting a test to identify suicidal tendencies can serve as a trigger for committing suicide; 5) psychological testing is carried out blindly without preliminary formation of target groups of subjects; 6) a suicide person can hide his intentions. For this reason, it is necessary to develop a pro-

определяющий критерии (предикторы) СП и риск совершения суицида.

Другой неожиданностью оказалось следующее – несмотря на то, что многие авторы пришли к выводу, что СП и суициды являются мультифакторной патологией, в известных нам работах, посвящённых изучению мультифакторности СП, не было попыток рассмотреть этот вопрос с точки зрения классической работы Ф. Фогеля и А. Мотульски, нашедших как качественные, так и количественные критерии, позволяющие оценить какую-либо патологию как наследуемую мультифакторно. Обозначенные проблемы суицидологии послужили основанием для проведения нами данной работы.

Цель – обосновать мультифакторную природу СП и совершения суицидов и обозначить наблюдаемые критериальные предикторы, позволяющие уверенно диагностировать наличие у субъекта СП и оценить риск совершения суицида.

Материал и методы

Материалом исследования послужили данные стратификации по возрасту стандартизированных частот суицидов на 100000 населения совершённых жителями США за период с 2000 по 2019 гг. в возрастных когортах 0-14 лет, 15-19, 20-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84 и 85 и более лет. За каждый исследуемый год, в каждой возрастной группе частоты суицидов были усреднены с вычислением медианы и 95% доверительного интервала (ДИ). Полученные медианные данные были использованы для построения зависимости стандартизированных к возрастным когортам частот суицидов с последующей логарифмической аппроксимацией данных. Кроме медианных значений с ДИ, в пределах возрастных интервалов были рассчитаны коэффициенты вариации (относительное стандартное отклонение – мера дисперсии распределения вероятностей, рассчитывается как отношение стандартного отклонения σ к среднему μ).

Исходные данные для расчёта величин некоторых коэффициентов, принятых как критерии мультифакторных заболеваний (близнецовый критерий и сегрегационное отношение) [5], были взяты из публикаций [6, 7, 8], найденных в базе PubMed в результате целенаправленного поиска. В соответствии с этим критериями, разработанными Ф. Фогелем и А. Мотульски [5], патологию расценивают как мультифакторное заболевание, если:

1) конкордантность монозиготных близнецов в четыре раза превышает конкордантность дизиготных

professional consensus that unambiguously defines the criteria (predictors) of SB and the risk of suicide.

Another surprise was the following – despite the fact that many authors came to the conclusion that SB and suicide are a multifactorial pathology, in the works known to us devoted to the study of the multifactorial nature of SB, there were no attempts to consider this issue from the point of view of the classical work of F. Vogel and A. Motulsky, who found both qualitative and quantitative criteria that make it possible to evaluate any pathology as multifactorially inherited. The identified problems of suicidology served as the basis for us to carry out this work.

The aim is to substantiate the multifactorial nature of SB and suicide and to identify observable criterion predictors that make it possible to confidently diagnose the presence of SB in a subject and assess the risk of committing suicide.

Material and methods

The study material was based on age-stratified data on the standardized rates of suicides per 100,000 population committed by US residents for the period from 2000 to 2019 in the following age cohorts (years): 0-14, 15-19, 20-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84 and 85 and older. For each study year, in each age group, suicide rates were averaged to calculate the median and 95% confidence interval (CI). The obtained median data were used to plot the dependence of suicide rates standardized to age cohorts, followed by a logarithmic approximation of the data. In addition to median values with CI, coefficients of variation were calculated within age intervals (relative standard deviation is a measure of the dispersion of the probability distribution, calculated as the ratio of the standard deviation σ to the mean μ).

The initial data for calculating the values of some coefficients accepted as criteria for multifactorial diseases (twin criterion and segregation ratio) [5] were taken from publications [6, 7, 8] found in the PubMed database as a result of a targeted search. In accordance with these criteria developed by F. Vogel and A. Motulski [5], pathology is regarded as a multifactorial disease if:

1) the concordance of monozygotic twins is four times higher than the concord-

близнецов – близнецовый критерий;

2) доля поражённых сибсов в браках с одним поражённым родителем в 2,5 раза и более выше, чем та же доля среди детей в браках с двумя непоражёнными родителями, то следует предпочесть мультифакторную модель – критерий сибсов;

3) наблюдается эффект Картера – у пробандов реже поражаемого пола больные родственники должны встречаться чаще, чем у пробандов чаще поражаемого пола (если сравниваются одинаковые степени родства) [9].

Результаты исследования

Результат сопоставления медиан частот суицидов, совершённых жителями США за период с 2000 по 2019 гг., с возрастом суицидентов [10] представлен на рис. 1. Наблюдается увеличение числа случаев совершения суицидов в зависимости от увеличения возраста в когортах. Обнаруживаются два периода интенсивного увеличения частот суицидов от интервала 0-14 лет до интервала 20-24 года и интервала 65-74 года и далее. Линейная корреляция между этими двумя ветвями составляет 0,86 ($p=0,01$), что позволяет сделать вывод о том, что эти ветви близки к параллельным. При вычислении корреляционных отношений медианных значений этих ветвей $r=0,99$ ($p=0,05$).

Как и в случае с известными мультифакторными заболеваниями зависимость имеет полиномиальный характер. Тем не менее, максимальная величина $R^2=0,8522$, являющаяся свидетельством хорошего качества аппроксимации, нами была получена при логарифмической, а не полиномиальной аппроксимации и, тем более, не других видов аппроксимации.

Медианные значения, их доверительные интервалы и коэффициенты вариации частот в возрастных группах представлены в табл. 1. Интерес представляют коэффициенты вариации частот суицидов, размерность которых оценивается следующим образом: если коэффициент вариации менее 10% – рассеивание данных принимается как незначительное, от 10 до 20% – среднее, в интервале $> 20\% \leq 33\%$ – значительное, $> 33\%$ – неоднородное. При этом совокупность считается однородной, если значение коэффициента вариации не превышает 33%. В соответствии с этой градацией распределение частот суицидов на 100000 населения в каждой возрастной когорте однородное, но в интервалах 0-14 лет, 20-24, 25-35, особенно, и 55-64 наблюдается значительное превышение медианного значения (11,1) в ряду коэффици-

ance of dizygotic twins – twin criterion;

2) the proportion of affected sibs in marriages with one affected parent is 2.5 times or more higher than the same proportion among children in marriages with two unaffected parents, then a multifactor model should be preferred – the sibling criterion;

3) the Carter effect is observed – in probands of the less frequently affected sex, sick relatives should be found more often than in probands of the more frequently affected sex (if the same degrees of relationship are compared) [9].

Research results

The result of comparing the median frequencies of suicides committed by US residents for the period from 2000 to 2019 with the age of the suicide victims [10] is presented in Fig. 1. There is an increase in the number of suicide cases depending on increasing age in cohorts. Two periods of intense increase in suicide rates are found from the interval of 0-14 years of age to the interval of 20-24 years of age and the interval of 65-74 years of age and older. The linear correlation between these two branches is 0.86 ($p=0.01$), which suggests that these branches are close to parallel. When calculating the correlation ratios of the median values of these branches, $r=0.99$ ($p=0.05$).

As in the case of known multifactorial diseases, the dependence has a polynomial character. Nevertheless, the maximum value of $R^2=0.8522$, which is evidence of good quality of approximation, was obtained with logarithmic rather than polynomial approximation and, especially, not with other types of approximation.

Median values, their confidence intervals and coefficients of variation of frequencies in age groups are presented in table. 1. Of interest are the coefficients of variation in suicide rates, the dimension of which is estimated as follows: if the coefficient of variation is less than 10%, the dispersion of data is accepted as insignificant, from 10 to 20% is average, in the range $> 20\% \leq 33\%$ is significant, $> 33\%$ is heterogeneous. In this case, the population is considered homogeneous if the coefficient of variation does not exceed 33%. In accordance with this gradation, the distribution of suicide rates per 100,000 population in each age cohort is homogeneous, but in the inter-

ентов вариации. Превышение величин коэффициентов вариации выше медианных, особенно более чем в два раза, является следствием того, что в соответствующих возрастных когортах год от года наблюдалось значительное изменение числа суицидов, тогда как в остальных когортах число случаев суицида год от года стабильное.

Как оказалось, несмотря на то, что СП многими авторами [11, 12, 13] и в том числе нами [14] в настоящее время расценивается как мультифакторная патология, доказательных исследований на основе разработок Ф. Фогеля и А. Мотульски, по видимому, так и не было проведено. По этой причине нами были найдены публикации, содержащие сведения о частотах суицидов, достаточные для расчёта близнецового критерия и сегрегационного отношения. При расчёте близнецового критерия на основе данных А. Роу и соавт. было получено значение 6,4 [6], а на основе данных G. Zalsman и коллег – 18,6 [7]. В более позднем исследовании этих же авторов конкордантность монозигот-суицидентов составила 23,5%, дизигот – против 0% [6], соответственно, рассчитать близнецовый критерий по этим данным не получится, поскольку в знаменатель попадает «0». Как видим, рассчитанные нами величины близнецового критерия значительно выше его порогового значения > 4,0.

При расчёте сегрегационного отношения на основе данных А. Ranning и соавт. [8] также получено значение, превышающее пороговое – 2,7.

vals 0-14, 20-24, 25-35, especially, and 55-64, there is a significant excess of the median value (11.1) in a number of coefficients of variation. The excess of the coefficients of variation above the median, especially more than twice, is a consequence of the fact that in the corresponding age cohorts there was a significant change in the number of suicides from year to year, while in other cohorts the number of suicide cases was stable from year to year.

As it turned out, despite the fact that SB is currently regarded by many authors [11, 12, 13] and including us [14] as a multifactorial pathology, evidence-based studies based on the developments of F. Vogel and A. Motulski, apparently, was never carried out. For this reason, we found publications containing information on suicide rates sufficient to calculate the twin criterion and segregation ratio. When calculating the twin criterion based on data from A. Roy et al. a value of 6.4 was obtained [6], and based on data from G. Zalsman and colleagues – 18.6 [7]. In a later study by the same authors, the concordance of monozygotic suicides was 23.5%, dizygotes – against 0% [6], accordingly, it will not be possible to calculate the twin criterion using these data, since the denominator includes “0”. As we can see, the values of the twin criterion we calculated are significantly higher than its threshold value > 4.0.

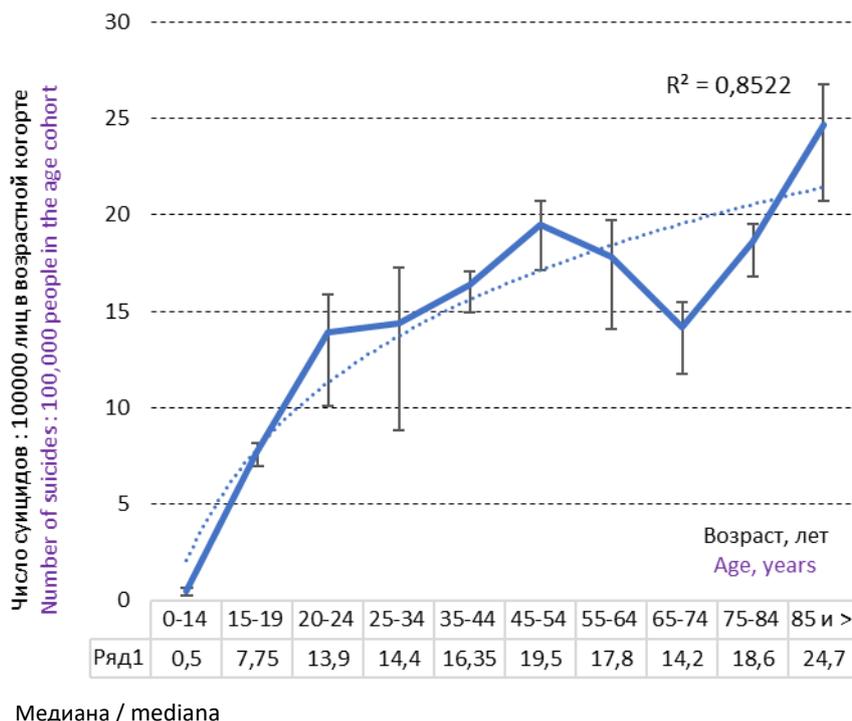


Рис. 1. Стратификация частот суицидов на 100000, медианные данные за период 2000-2019 гг., США [10].

Fig. 1. Stratification of suicide rates per 100,000, median data from 2000 to 2019, United States [Suicide rates, by age, United States, 2000 to 2019. [10].

Легенда: непрерывная линия – медианные значения частот суицидов; пунктирная линия – логарифмическая аппроксимация медианных значений / Legend: continuous line – median values of suicide rates; dotted line – logarithmic approximation of median values.

Таблица / Table 1

Медианные значения частот суицидов на 100000 населения США и коэффициенты вариации частот суицидов в период с 2000 по 2019 г. в пятилетних возрастных интервалах

Median suicide rates per 100,000 US population and coefficients of variation of suicide rates during the period from 2000 to 2019 in five-year age intervals

Возрастной интервал, лет Age cohort, years	Медианные значения частот суицидов на 100000 населения Median suicide rates per 100,000 population	ДИ 95% CI 95%	Коэффициент вариации The coefficient of variation
0-14	0,5	0,1÷0,2	28,2
15-19	7,75	0,4÷0,8	6,6
20-24	13,9	2,0÷3,8	17,5
25-35	14,4	2,9÷5,6	23,6
35-44	16,35	0,7÷1,4	5,7
45-54	19,5	1,2÷2,4	8,5
55-64	17,8	1,9÷3,7	14,9
65-74	14,2	1,3÷2,5	11,7
75-84	18,6	0,9÷1,8	6,7
85 и старше	24,7	2,1÷4,0	10,5

Примечание / Note: курсивом выделены значения коэффициентов вариации, превышающие их медианное значение (11,1) / italics indicate values of coefficients of variation that exceed their median value (11.1).

К сожалению, мы не нашли в свободном доступе данные, которые позволили бы рассчитать другие расчётные критерии, такие как 95% ДИ для теоретически ожидаемых частот и коэффициент кровного родства.

Обсуждение

Сразу же обращаем внимание на некоторый дефект данного исследования, связанный с неполным учётом данных. В понятие СП очевидным образом входят не только случаи завершённых суицидов, как это определено в DSM-5 [15], но и суицидальные попытки, не завершившиеся смертью. Между тем и ВОЗ, и ресурс Our World in Data (США) контролируют только случаи завершённых суицидов. Тем не менее, согласно экспертным оценкам, на каждую смерть в результате самоубийства приходится до 25 попыток самоубийства [16]. Поэтому исчисленная нами зависимость частот суицидов от возраста суицидентов при включении в учёт частот суицидальных попыток, не завершившихся летальным исходом, возможно, имела бы форму более близкую к графической форме зависимости частот дебюта мультифакторных заболеваний от возраста [17]. Зависимость частоты случаев дебюта мультифакторных наследственных заболеваний от возраста больных имеет двугорбую форму [17]. Первый относительно небольшой максимум приходится на под-

When calculating the segregation ratio based on data from A. Ranning et al. [8] we also obtained a value exceeding the threshold – 2.7. Unfortunately, we did not find publicly available data that would allow us to calculate other calculation criteria, such as 95% CI for theoretically expected frequencies and consanguinity coefficient.

Discussion

Our attention was immediately drawn to a certain defect in this study associated with incomplete data recording. The concept of SB obviously includes not only cases of completed suicides, as defined in DSM-5 [15], but also suicide attempts that did not result in death. Meanwhile, both the WHO and the Our World in Data resource (USA) monitor only cases of completed suicides. However, according to expert estimates, for every death by suicide, there are up to 25 suicide attempts [16]. Therefore, the calculated dependence of suicide rates on the age of suicide attempters, if we included in the calculation of the frequencies of suicide attempts that did not end in death, might have a form closer to the graphical form of the dependence of the rates of onset of multifactorial diseases on age [17]. The dependence of the incidence of onset of multifactorial hereditary diseases on the age

ростковый возраст. Примерно с сорока лет интенсивность увеличения числа случаев дебюта мультифакторных заболеваний близка к экспоненте. Очевидно, что если СП рассматривать как развёртывающийся во времени патологический процесс, иногда завершающийся суицидом, то его дебют может быть зафиксирован и проконтролирован только в результате непрерывного популяционного мониторинга, что требует выделения уязвимых групп. Подобные исследования, очевидно, никогда и никем не проводились. Тем не менее полученный результат в виде нарастания частот совершения суицидов в пятилетних возрастных когортах, а также превышение величин рассчитываемых критериев выше пороговых значений позволяют отнести СП к мультифакторной патологии.

Тем не менее, СП и суициды – это не количественный вариант мультифакторной патологии, то есть либо СП и суицид есть, либо ни СП, ни суицида нет. В то же время СП может иметь разную степень выраженности и не приводит к суицидальной попытке или суициду. Если СП и суициды являются мультифакторной патологией, то СП является развёртывающимся во времени процессом, который в силу своего формирования может быть терминован суицидом, либо не завершаться таким финалом в силу недостижения кульминации (инициации). Очевидно, что этот процесс должен приводить к формированию суицидального неосознаваемого или осознаваемого непреодолимого императива, побуждающего к совершению самоубийства.

Относительно эффекта Картера, можно привести данные, что более чем 20 контролируемых семейных исследований, указывающих на почти в пять раз больший относительный риск суицидальных действий среди родственников пациентов с СП по сравнению с родственниками из контрольной группы, не совершавшими суицидальных действий. Относительный риск был выше для завершённого самоубийства, чем для попыток [18]. Кроме того, если считать, что СП – это не только суициды, но и попытки, по какой-то причине не завершившиеся суицидом, то значимым становится хорошо известный факт, что женщины чаще говорят о совершении суицида, чем его реально совершают, и чаще совершают нелетальные попытки суицида, то есть женщины более подвержены СП, чем мужчины, в то время как мужчины чаще совершают самоубийства с летальным исходом, что полностью соответствует эффекту, описанному К. Картером [9].

of patients has a two-peaked shape [17]. The first relatively small maximum occurs in adolescence. From about the age of forty, the intensity of the increase in the number of cases of the onset of multifactorial diseases is close to exponential. Obviously, if SB is considered as a pathological process unfolding over time, sometimes ending in suicide, then its debut can be recorded and controlled only as a result of continuous population monitoring, which requires the identification of vulnerable groups. Such studies have obviously never been carried out by anyone. Nevertheless, the obtained result in the form of an increase in the frequency of suicide in five-year age cohorts, as well as the excess of the values of the calculated criteria above the threshold values, allows us to classify SB as a multifactorial pathology.

However, SB and suicide are not a quantitative variant of multifactorial pathology, that is, either there is SB and suicide, or there is neither SB nor suicide. At the same time, SB may have varying degrees of severity and not lead to a suicide attempt or suicide. If SP and suicide are a multifactorial pathology, then SB is a process unfolding over time, which, due to its formation, can terminate with suicide, or not end in such a finale due to failure to reach the climax (initiation). Obviously, this process should lead to the formation of a suicidal unconscious or conscious irresistible imperative that encourages suicide.

Regarding the Carter effect, more than 20 controlled family studies indicate an almost five times greater relative risk of suicidal behavior among relatives of patients with SB compared with relatives from the control group who did not commit suicidal actions. The relative risk was higher for completed suicide than for attempted suicide [18]. In addition, if we consider that suicide is not only suicide, but also attempts that for some reason did not end in suicide, then the well-known fact becomes significant that women more often talk about committing suicide than actually commit it, and more often make non-lethal suicide attempts, that is, women are more susceptible to SB than men, while men are more likely to commit lethal suicide, which is fully consistent with the effect described by K. Carter [9].

Значительное отличие коэффициентов вариации от медианного значения этого ряда, возможно, связано с тем, что представители этих когорт наименее устойчивы к средовым влияниям. Соответственно увеличение частот суицидов в этих группах может быть вызвано какими-то кратковременными локальными социальными потрясениями, либо дефектами статистического контроля.

Таким образом, несмотря на то что ряд других критериев мультифакторной патологии вследствие недостатка данных нам не удалось определить, результаты проведённых нами расчётов достаточно убедительны и позволяют отнести СП и суициды к группе мультифакторных заболеваний, а это значит, что должны быть реальные средства и методы профилактики и лечения этой патологии.

Невероятно, но наши попытки найти в сети и базе данных PubMed определение СП как явления привели нас к выводу, что все знают, что такое явление как СП есть, но никто не знает – что это такое, поскольку никто не пытался кодифицировать СП. Видимо поэтому в исследованиях суицидальности в конечном итоге пришли к выводу, что: «Самое смертоносное психическое расстройство – суицидальность – не может быть официально диагностировано [19]. Однозначных критериев СП, направленных на лечение и профилактику этого состояния, нет, что явно связано с трудностями его диагностики. Единственное, что нам удалось найти, это критерии наличия СП, принятые в DSM-5TM¹, в соответствии с которыми, основным проявлением такого расстройства как СП является попытка самоубийства [15]. То есть авторы DSM-5TM СП считают сам факт совершения суицида. Таким образом, получается, что СП и есть суицид. Но при этом в классификацию введено понятие «Z91.51 История «суицидального поведения», под которым авторы также понимают попытку суи-

The significant difference in the coefficients of variation from the median value of this series may result from representatives of these cohorts being the least resistant to environmental influences. Accordingly, the increase in suicide rates in these groups may be caused by some short-term local social upheavals, or defects in statistical control.

Thus, despite the fact that we were unable to determine a number of other criteria for multifactorial pathology due to lack of data, the results of our calculations are quite convincing and allow us to classify SB and suicide as a group of multifactorial diseases, which means that there must be real means and methods of prevention and treatment of this pathology.

Incredibly, our attempts to find a definition of SB as a phenomenon on the Internet and the PubMed database led us to the conclusion that everyone knows that there is such a phenomenon as SB, but no one knows what it is, since no one has tried to codify SB. This is probably why suicidality studies ultimately concluded that: “The deadliest mental disorder, suicidality, cannot be formally diagnosed [19]. There are no unambiguous criteria for SB aimed at treating and preventing this condition, which is clearly related to the difficulties of diagnosing it. The only thing we were able to find was the criteria for the presence of SB adopted in DSM-5TM¹, according to which the main manifestation of such a disorder as SB is a suicide attempt [15]. That is, the authors of DSM-5TM consider SB to be the very fact of committing suicide. Thus, it turns out that SB is suicide. But at the same time, the concept of “Z91.51 History of “suicidal behavior””

¹ Предлагаемые DSM-5TM критерии СП: А. В течение последних 24 месяцев человек совершил попытку самоубийства. Примечание: Попытка самоубийства – это последовательность действий, инициированных самим собой. Поведение индивида, который в момент инициации ожидал, что этот набор действий приведёт к его или её собственной смерти. (Момент инициации – это время, когда было совершено поведение, которое включало применение метода). В. Поступок не соответствует критериям несуйцидального самоповреждения – то есть не включает самоповреждение, направленное на поверхность тела, предпринятое с целью вызвать облегчение от негативного чувства / когнитивного состояния или для достижения позитивного настроения. С. Диагноз не применяется к суицидальным идеям или подготовительным действиям. D. Действие не было начато в состоянии бреда или спутанности сознания. E. Деяние не было совершено исключительно с политической или религиозной цели / Here are suggested DSM-5TM criteria for SB: A. The person has attempted suicide within the past 24 months. Note: A suicide attempt is a self-initiated sequence of actions. The behavior of an individual who, at the moment of initiation, expected that this set of actions would lead to his or her own death (The moment of initiation is the time at which the behavior that involved the use of a method was performed). B. The act does not meet the criteria for non-suicidal self-injury – that is, it does not involve self-injury directed at the surface of the body, undertaken to produce relief from a negative feeling/cognitive state or to achieve a positive mood. C. The diagnosis does not apply to suicidal ideation or preparatory acts. D. The action was not initiated in a state of delirium or confusion. E. The act was not committed solely for a political or religious purpose.

цида в прошлом и уделяют очень большое внимание внешним факторам (различные формы абьюза, беспризорность и т.п.), приводящим к детским суицидам, или являющимся пресуицидальными фактами анамнеза жизни в период детства у взрослого суицидента. Также в DSM-5TM приводится масса других внешних факторов, воздействие которых в конечном итоге рассматривается как причина суицида – абьюз взрослых, социальные, экономические, финансовые проблемы, проблемы хронизации заболеваний и инвалидизации, возрастной инволюции, одиночества и т.п. Таким образом, авторы DSM-5TM в неявной форме указывают на то, что СП имеет некую историю воздействия внешних средовых факторов, инициирующих развитие СП у здоровых, или усугубляющих развитие СП у лиц с наследственной формой СП.

В то же время постулировано различие между суицидом и попыткой самоубийства как формой СП. При этом попыткой суицида считается любое не смертельное СП, такое как преднамеренное самоотравление, отравление или травма. При этом вполне справедливо указывается, что установить суицидальное намерение может быть трудно [11]. Такая ситуация является абсолютным парадоксом – множество исследователей используют термин «СП», но никто в явной форме не может определить дефиницию этого явления, то есть, определить границы и содержание термина. В частности, это связано с тем, что ни одна теория самоубийства не может объяснить все самоубийства, и поэтому должна быть разработана осмысленная типология самоубийств [20].

D. Lester (2022) предложил теорию самоубийства двух «Я», которую он формально представил в виде серии постулатов и следствий. Автор определил субсамость как связную систему мыслей, желаний и эмоций, организованную по системному принципу. Для этой теории самоубийства предполагается, что существует два суб-Я: суицидальное суб-«Я» и несуйцидальное суб-Я [20] в виде ряда постулатов:

Постулат 1: не у каждого индивидуума есть как суицидальное, так и несуйцидальное суб-Я.

Постулат 2: В любой момент времени одно суб-«Я» контролирует ум. Можно сказать, что он обладает исполнительной властью.

Следствие 2а: когда одно суб-«Я» обладает исполнительной властью, другое суб-Я считается подвешенным.

Следствие 2б: субличность может появляться во многих ситуациях или только в редких особых случаях. Одно суб-«Я» может быть властным, в то время

was introduced into the classification, by which the authors also understand an attempted suicide in the past and pay very much attention to external factors (various forms of abuse, homelessness, etc.) leading to childhood suicides, or those that are pre-suicidal facts in the life history during childhood of an adult suicide. The DSM-5TM also lists a lot of other external factors, the impact of which is ultimately considered as the cause of suicide – adult abuse, social, economic, financial problems, problems of chronic disease and disability, age-related involution, loneliness, etc. Thus, the authors of DSM-5TM implicitly indicate that SB has a certain history of exposure to external environmental factors that initiate the development of SB in healthy individuals, or aggravate the development of SB in individuals with a hereditary form of SB.

At the same time, a difference has been postulated between suicide and attempted suicide as a form of SB. In this case, any non-fatal incident, such as intentional self-poisoning, poisoning or injury, is considered a suicide attempt. At the same time, it is quite rightly pointed out that it can be difficult to establish suicidal intent [11]. This situation is an absolute paradox – many researchers use the term “SB”, but no one can make an explicit definition of this phenomenon, that is, determine the boundaries and content of the term. In particular, this can be caused by the fact that no single theory of suicide can explain all suicides, and therefore a meaningful typology of suicides must be yet developed [20].

D. Lester (2022) proposed the two-selves theory of suicide, which he formally presented as a series of postulates and corollaries. The author defined the subself as a coherent system of thoughts, desires and emotions, organized according to a systemic principle. For this theory of suicide, it is assumed that there are two sub-selves: a suicidal sub-self and a non-suicidal sub-self [20] in the form of a series of postulates:

Postulate 1: Not every individual has both a suicidal and a non-suicidal sub-ego.

Postulate 2: At any given time, one sub-self controls the mind. We can say that it has executive power at that moment.

Corollary 2a: When one sub-self has executive power, the other sub-self is considered suspended.

как другое покорным.

Следствие 2с: субличность может обладать исполнительной властью от нескольких секунд до нескольких часов или даже более длительных периодов времени.

Следствие 2d: самость – это любое суб-Я, обладающее исполнительной властью в данный момент.

Следствие 2е: существование двух субличностей объясняет непоследовательность в поведении индивидов.

Постулат 3: индивидуумы могут стремиться к созданию новых субличностей для будущего.

Постулат 4: индивидуум может попытаться интегрировать субличности.

Суицидальное суб-«Я» может быть регрессивным суб-Я, развившимся в раннем возрасте, сформированным интроекцией желаний и мыслей влиятельных других людей (в частности, родительских фигур) и подражанием их личности и стилям поведения.

Постулат 6: суицидальное суб-«Я» может быть сформировано в результате ранних переживаний.

Постулат 7: возможность приписывания отрицательно оцениваемых аспектов (мыслей, желаний, эмоции или поведение) по отношению к суицидальному суб-«Я» может позволить индивиду поддерживать высокую самооценку, поскольку негативные аспекты суицидального суб-«Я» не окрашивают несуйцидальное суб-Я.

Постулат 8: два суб-Я могут быть переплетены, и психотерапевт должен помочь клиенту создать достаточно непроницаемые границы, чтобы несуйцидальное суб-Я могло противостоять давлению со стороны суицидального суб-«Я», чтобы взять на себя исполнительную власть, и сопротивляться вторжениям суицидального суб-«Я» в несуйцидальное суб-Я, когда несуйцидальное суб-Я обладает исполнительной властью.

Постулат 9: можно создавать новые субличности, такие как посредники и секретари-регистраторы.

То есть D. Lester однозначно считает, что сознание суицидента расщеплено на две субличности. Такое понимание СП, вероятно обусловлено тем, что психиатры обучены определять болезнь по кластерам симптомов, выявляемых на основе в большей степени собеседования с больным и анализа его поведения со слов родственников или очевидцев и стационарного наблюдения больного. Поэтому у них и изучение СП и суицидов, и интерпретация результатов этих исследований, очевидно, преломляются через то, чему их обучили. Соответственно психиатр

Corollary 2b: Subpersonality can appear in many situations or only in rare special cases. One sub-self may be domineering while the other is submissive.

Corollary 2c: A subpersonality can have executive power from a few seconds to several hours or even longer periods of time.

Corollary 2d: The self is any sub-self that currently has executive power.

Corollary 2e: The existence of two subpersonalities explains the inconsistency in the behavior of individuals.

Postulate 3: Individuals can strive to create new subpersonalities for the future.

Postulate 4: The individual can try to integrate subpersonalities.

The suicidal sub-self may be a regressive sub-self developed at an early age, shaped by the introjection of the desires and thoughts of influential others (particularly parental figures) and the imitation of their personalities and behavioral styles.

Postulate 6: The suicidal sub-self can be formed as a result of early experiences.

Postulate 7: The ability to attribute negatively valued aspects (thoughts, desires, emotions, or behaviors) to the suicidal sub-self may allow the individual to maintain high self-esteem because the negative aspects of the suicidal sub-self do not color the non-suicidal sub-self.

Postulate 8: The two sub-selves may be intertwined, and the therapist should help the client create sufficiently impenetrable boundaries so that the non-suicidal sub-self can resist pressure from the suicidal sub-self to assume executive authority and resist the intrusions of the suicidal sub-self inside a non-suicidal sub-self, when the non-suicidal sub-self has executive power.

Postulate 9: You can create new subpersonalities, such as intermediaries and secretaries-registrars.

That is, D. Lester clearly believes that the consciousness of a suicide is split into two subpersonalities. This understanding of SB probably results from the habit of psychiatrists who are trained to define the disease by clusters of symptoms, identified to a large extent on an interview with the patient and analysis of his behavior from the words of relatives or eyewitnesses and inpatient observation of the patient. Therefore, their study of SB and suicide, and the interpretation of the results of these studies, are obvi-

склонен теоретизировать и классифицировать СП и суицид в пределах наблюдаемых психических феноменов – сознания и различных форм его нарушения. При этом за типизацией сам больной замещается его неким искусственным психологическим конструктом, сформированным в рамках существующих представлений о структуре и формировании сознания. В результате сознание суицидента в представлении психиатра или психолога неминуемо расщепляется – это Танатос и Эрос З. Фрейда, три эгосостояния Э. Берна, мини-личности К. Юнга, Я-объект К. Хайнца и К. Роу [21] и два суб-Я D. Lester [20]. Теоретизируемое расщепление личности на субличности необходимо, потому что для объяснения почему логически мыслящий человек, способный к предвидению результата своих действий, совершает нелогичные поступки, приносящие этому человеку вред, требуется представить, что в этом теле есть ещё минимум одна субличность, немыслящая логически и неспособная предсказать результат своих действий, которая время от времени, или часто, или навсегда вытесняет первую, логически мыслящую личность и понуждает тело совершить суицид. В том числе идеи расщепления личности интерпретируются как причины СП и суицидов. Но, как верно замечает D. Lester: «Психические расстройства или психические заболевания не определяются причинами. Они определяются кластерами симптомов...». Однако один и тот же симптом может быть порождён разными причинами. Особенно это справедливо в отношении поведенческих симптомов, позволяющих типировать поведенческую норму или наличие психического расстройства. Кроме того, большинство исследователей, по-видимому, абсолютно убеждены, что суицид совершается осознанно и часто в результате сиюминутной эмоциональной реакции.

Мы предполагаем, что врождённые как наследуемая сеть полиморфных генов или/и приобретённые в течение жизни эпигенетическое изменение активности генов этой же генной сети формируют неосознаваемый императив, вынуждающий человека совершать последовательность действий, ведущих его к совершению суицида. При этом внешние факторы, обычно расцениваемые его окружением, следователями или исследователями как причины совершения суицида, на самом деле являются не причиной, а триггером завершения СП в виде самоубийства.

Если суицид рассматривать как финал СП, индуцированный неосознаваемым императивом, вы-

ously refracted through what they were taught. Accordingly, the psychiatrist is inclined to theorize and classify SB and suicide within the framework of observable mental phenomena – consciousness and various forms of its disturbance. At the same time, behind the typification, the patient themselves is replaced by a certain artificial psychological construct, formed within the framework of existing ideas about the structure and formation of consciousness. As a result, the consciousness of a suicide in the view of a psychiatrist or psychologist inevitably splits – these are Thanatos and Eros of Z. Freud, three ego states of E. Berne, mini-personalities of K. Jung, Self-object of K. Heinz and K. Rowe [21] and two sub-selves D. Lester [20]. The theorized splitting of personality into sub-personalities is necessary, because to explain why a logically thinking person, capable of foreseeing the result of their actions, commits illogical actions that bring harm to this person, it is necessary to imagine that in this body there is at least one more subpersonality, not thinking logically and unable to predict the result of one's actions, which from time to time, or often, or forever represses the first, logically thinking personality and forces the body to commit suicide. Including the ideas of split personality are interpreted as the causes of SB and suicide. But, as D. Lester correctly notes: “Mental disorders or mental illnesses are not determined by causes. They are defined by clusters of symptoms...” However, the same symptom can be caused by different causes. This is especially true with regard to behavioral symptoms, which allow typing a behavioral norm or the presence of a mental disorder. In addition, most researchers seem to be absolutely convinced that suicide is committed consciously and often as a result of a momentary emotional reaction.

We assume that congenital as an inherited network of polymorphic genes and/or epigenetic changes in the activity of genes of the same gene network acquired during life form an unconscious imperative that forces a person to perform a sequence of actions leading them to commit suicide. At the same time, external factors, usually regarded by his environment, investigators or researchers as the reasons for committing suicide, are in fact not the cause, but the

нуждающим совершить суицид (прорыв бессознательного в сознание в виде приказа совершить действие, без объяснения причин необходимости совершения этого действия), то все теории, объясняющие совершение суицида, выглядят как поиск мотивов совершения суицидов, с помощью которых сознание рационально-логически объясняет самому себе – почему оно (сознание) должно совершить это действие. При этом истинные причины – нарастающее во времени СП, завершающееся формированием суицидального императива и суицидом, то есть нарушенная функция головного мозга, приводящая к череде действий, определяемых как СП – всегда оставалась за пределами осмысления исследователей.

Императивность суицидальных действий можно продемонстрировать ярким примером. Жильцы недавно заселённого нового дома обратили внимание, что одинокая соседка старушка, заселившаяся одновременно со всеми, ежедневно носит в квартиру кирпичи. Через некоторое время она исчезла, а затем из квартиры пошёл сильный трупный запах. Вызванный наряд милиции обнаружил следующее: её квартира была не закрыта на замок, на краю стола лежали аккуратно сложенные документы (свидетельство о рождении, паспорт, пенсионное удостоверение), в потолок комнаты был вкручен колёсный блок, через который была переброшена закреплённая к вбитому в дверной косяк верёвка, к которой был привязан заполненный кирпичами мешок. Под мешком из кирпичей был сложен постамент, на который суицидентка в коленно-локтевом положении положила голову, предварительно поставив горящую свечу под закреплённый в дверном косяке конец верёвки, и пребывала в таком положении до тех пор, пока верёвка не перегорела, а мешок с кирпичами упал ей на голову и нанёс смертельную травму. Перенос кирпичей осуществлялся долго, не одну неделю. За это время суицидентка вполне могла осмыслить последствия своих действий и отказаться от их исполнения, поэтому её действия ничем иным кроме как «непреодолимой тягой» к совершению суицида объяснить невозможно. Почему ею был избран именно такой сценарий совершения суицида, а не, например, повешение (блок в потолок она сумела вернуть сама), остаётся непонятным. Можно только предполагать, что так её вёл императив.

Приведённый нами реальный следственный случай подтверждает мнение практически всех исследователей, пытавшихся построить теории СП и

trigger for the completion of SB in the form of suicide.

If suicide is considered as the ending of the SB, induced by an unconscious imperative forcing one to commit suicide (a breakthrough of the unconscious into consciousness in the form of an order to perform an action, without explaining the reasons for the need to perform this action), then all theories explaining the commission of suicide look like a search for motives for committing suicide, with the help of which consciousness rationally and logically explains to itself why it (consciousness) should perform this action. At the same time, the true reasons – the SB increasing over time, ending with the formation of a suicidal imperative and suicide, that is, impaired brain function leading to a series of actions defined as SB – have always remained beyond the comprehension of researchers.

The imperative nature of suicidal actions can be demonstrated by a striking example. Residents of a recently occupied new house noticed that their lonely old neighbor, who moved in at the same time as everyone else, was carrying bricks into the apartment every day. After some time, she disappeared, and then a strong cadaverous smell came from the apartment. The police team that was called discovered the following: her apartment was not locked, there were neatly folded documents on the edge of the table (birth certificate, passport, pension certificate), a wheel block was screwed into the ceiling of the room, through which the door frame, a rope to which a bag filled with bricks was tied. Under the bag of bricks there was a pedestal, on which the suicide attempter put her head in a kneelbow position, having previously placed a burning candle under the end of the rope fixed in the door frame, and remained in this position until the rope burned out and the bag of bricks fell on her head and caused a fatal injury. The transfer of bricks took a long time, more than one week. During this time, the suicidal woman could well comprehend the consequences of her actions and refuse to carry them out, therefore her actions cannot be explained by anything other than an “irresistible urge” to commit suicide. Why she chose exactly this suicide scenario, and not, for example, hanging (she managed to screw the block into the ceiling

суицида, что у суицидентов наблюдается иррациональное мышление (!), проявляющее себя чувствами: безнадежности, беспомощности, поражения и загнивания в ловушку, перфекционизма, воспринимаемой обременительности, самозванца, поиска славы, фантазий о воссоединении, смущения, которые сопровождались первичными эмоциями депрессии, гнева, тревоги, скуки, стыда, виновности, цитировано по [20].

В чем состоит явное преимущество рассмотрения СП и завершающего его суицида как результата, развёртывающегося во времени императива? Нет необходимости утверждать, что суицидент по какой-то причине имеет расщеплённое сознание, что не наблюдаемо. Можно выявить и сформировать паттерн наблюдаемых и доказуемых признаков СП, без использования таких инструментов, как анкетирование. Во-первых, всех анкетировать невозможно. Во-вторых, анкетированные в силу каких-то своих убеждений или предубеждений, могут давать ложные ответы. В-третьих, сложно обрабатывать большие массивы анкетной информации на повторяющейся основе, что неизбежно вызовет у респондентов протест, либо может спровоцировать суицид у лица с уже сформированным СП. В-четвёртых, даже многократно апробированные опросники, эффективность которых доказана, например, корнельская шкала депрессии, методика выявления склонности к суицидальным реакциям (ср-45) П.И. Юнацкевича, опросник суицидального поведения (SBQ-R) [1], скрининг суицида P4 [2], шкала оценки тяжести самоубийств Колумбии (C-SSRS) [22], основанные на регрессионном анализе психометрических оценок, не дают 100% результата и применяются в основном тогда как уже был реализован незавершённый суицид, либо в случайно сформированной, пусть и большой, группе обследуемых.

Если СП и суициды рассматривать как заболевание, имеющее мультифакторное происхождение в единстве личности, развивающегося у неё патпроцесса и среды, в которой патологический процесс разворачивается, возможно кодифицировать следующие типы личности с СП:

1) асоциальный тип – формируется в асоциальной среде, созданной близким и соседским окружением с СП (родители алкоголики и/или домашние тираны, и часто преступники, различные формы буллинга, имитация поведения асоциального лидера стихийно сложившейся малой группы), ребёнок как наследует генетическую предрасположенность к СП

herself), remains unclear. One can only assume that the imperative drove her this way.

The real investigative case we cited confirms the opinion of almost all researchers who tried to build theories of SB and suicide, that suicidal people have irrational thinking (!), which manifests itself in feelings: hopelessness, helplessness, defeat and being trapped, perfectionism, perceived burdensomeness, impostor, search for fame, fantasies of reunion, embarrassment, which were accompanied by the primary emotions of depression, anger, anxiety, boredom, shame, guilt, cited in [20].

What is the clear advantage of considering SB and its final suicide as a result of an imperative unfolding over time? There is no need to say that for some reason the suicidal person has a split consciousness, which is not observable. It is possible to identify and form a pattern of observable and provable signs of SB, without using tools such as questionnaires. Firstly, it is impossible to survey everyone. Secondly, those surveyed, due to some of their beliefs or prejudices, may give false answers. Thirdly, it is difficult to process large amounts of questionnaire information on a repeating basis, which will inevitably cause protest among respondents, or may provoke suicide in a person with an already formed SB. Fourthly, even repeatedly tested questionnaires whose effectiveness has been proven, for example, the Cornell Depression Scale, the method for identifying a tendency to suicidal reactions (cf-45) by P.I. Yunatskevich, SB Questionnaire (SBQ-R) [1], P4 suicide screening [2], Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) [22], based on regression analysis of psychometric assessments, do not give 100% results and are mainly used whereas an incomplete suicide had already been carried out, or in a randomly formed, albeit large, group of subjects.

If SB and suicide are considered as a disease that has a multifactorial origin in the unity of the individual, the pathological process developing in it and the environment in which the pathological process unfolds, it is possible to codify the following personality types with SB:

1) asocial type – it is formed in an asocial environment created by a close and neighboring environment with SB (parents

и суициду, так и усваивает формирующийся со временем социальный архетип такого поведения (эпигенетическое регулирование?), в том числе различные формы девиантного и делинквентного поведения, курение табака, алкоголизм, наркоманию;

2) социализированный тип – генетическая предрасположенность к СП и суициду формируется в обычной среде без социального отягощения, такой тип в процессе жизни может трансформироваться в асоциальный;

3) тип стремления к социальному успеху – генетическая предрасположенность к СП и суициду формируется в процессе истощающей борьбы за достижение высокого социального положения, получение которого приводит к ситуации «стремиться больше не к чему» (суицид с улыбкой на лице);

4) пациенты с преморбидным фоном (различные формы психических нарушений, онкологические заболевания, хроническая боль, истощающие хронические воспалительные процессы, последствия инсульта, нейроинфекций, травм головного мозга), предрасположенность к СП и суициду индуцируется предшествующим и развивающимся во времени повреждением головного мозга, сопровождающимся вялотекущим хроническим нейровоспалением;

5) приём некоторых лекарственных средств, как правило, нарушающих серотонин- и катехоламинергическую нейромедиацию – резерпин, бета-адреноблокаторы, нейролептики, некоторые трициклические антидепрессанты, либо нарушающие эмоциональный фон – индометацин, гормональные препараты (контрацептивы, глюкокортикоиды), возможно, фторхиноловые антибиотики [23, 24, 25];

6) смешанные формы – различные сочетания предшествующих типов.

Внешняя среда здесь уже представляет собой набор факторов, меняющих эпигенетический статус с или без наследования. Гипотеза мультифакторной природы СП и суицидов отражена на рис. 2.

Если суицид рассматривать как мультифакторную патологию, на первый взгляд, может возникнуть юридическая коллизия в части определения правомочности такого состава преступления, как доведение до самоубийства. Тем не менее здесь нет никаких противоречий. Как и при определении виновности маньяка, когда доказывается, что в момент совершения преступлений маньяк находился во вменяемом состоянии, поскольку планировал и подготавливал совершение преступления и осознавал преступность и последствия своих действий, а потому

are alcoholics and/or domestic tyrants, and often criminals, various forms of bullying, imitation of the behavior of an asocial leader of a spontaneously formed small group), the child inherits the genetic predisposition to SB and suicide, and assimilates the social archetype of such behavior that forms over time (epigenetic regulation?), including various forms of deviant and delinquent behavior, tobacco smoking, alcoholism, drug addiction;

2) socialized type – a genetic predisposition to SB and suicide is formed in a normal environment without social burdens; this type can transform into an asocial type in the course of life;

3) the type of desire for social success – a genetic predisposition to SB and suicide is formed in the process of an exhausting struggle to achieve a high social position, the achievement of which leads to the situation “there is nothing more to strive for” (suicide with a smile on the face);

4) patients with premorbid background (various forms of mental disorders, oncological diseases, chronic pain, debilitating chronic inflammatory processes, consequences of stroke, neuroinfections, brain injuries), a predisposition to SB and suicide is induced by the preceding and developing over time brain damage accompanied by low-grade chronic neuroinflammation;

5) taking certain medications, as a rule, disrupting serotonin – and catechol-minergic neuromediation - reserpine, beta-blockers, antipsychotics, some tricyclic antidepressants, or disrupting the emotional background – indomethacin, hormonal drugs (contraceptives, glucocorticoids), possibly fluoroquinol antibiotics [23, 24, 25];

6) mixed forms – various combinations of previous types.

The external environment here is already a set of factors that change the epigenetic status with or without inheritance. The hypothesis of the multifactorial nature of SB and suicide is reflected in Fig. 2.

If suicide is considered as a multifactorial pathology, at first glance, a legal conflict may arise in terms of determining the competence of such a crime as incitement to suicide. However, there is no contradiction here. As in determining the guilt of a maniac, when it is proven that at the time of committing crimes the maniac was in a sane

мог остановиться и не совершить преступных действий, несмотря на тягу к их совершению. Равнозначно, если бы в отношении жертвы суицида не совершались действия, подталкивающие его к формированию СП и реализации суицидальных намерений, то суицида могло бы и не быть. Поэтому лица, систематически совершавшие против жертвы суицида намеренные действия, приведшие человека с СП к суициду, или сформировавшие СП, в конечном итоге приведшие к суициду, являются виновными в его смерти. Поскольку эти действия запустили патологический процесс, приведший к формированию суицидального императива и суициду, либо являлись триггером реализации суицидальных намерений.

Таким образом, суицид, если только это не самопожертвование в экстремальных случаях, *видимо никогда* не является внезапным спонтанным актом.

Сформулированная и графически выраженная гипотеза СП позволила нам сформировать паттерн предикторов СП (табл. 2). Формируя этот описательный паттерн, мы исходили из того, что если состояние нельзя описать всеобъемлющей дефиницией, то его можно кодифицировать с помощью описания наблюдаемых предикторов (маркеров) этого состояния. Таким образом, мы предлагаем для профессионального обсуждения алгоритм выявления СП на основе использования однозначно понимаемых наблюдаемых предикторов, которые наиболее часто встречаются в научной литературе при описании СП. СП невозможно определить точно, оно имеет сильно выраженные индивидуальные черты, но можно утверждать, что у человека есть СП, не останавливаясь на индивидуальных особенностях СП, если у этого человека есть критический набор анамнестических, диагностических (генетических и/или лабораторных) и поведенческих предикторов, перечисленных в табл. 2. Предстоит работа по разработке оценочной шкалы в условных баллах и установлению пороговой величины баллов, набираемых с помощью этой шкалы, когда уже можно с достаточной долей вероятности утверждать, что данный человек имеет сформированное СП и значимый риск совершения суицида. Поскольку известно, что СП мужчин и женщин значительно различается, например, существует гендерный парадокс (мужчины в среднем совершают суициды в три раза чаще, чем женщины, но женщины чаще сообщают о предполагаемом суициде), психогенная анорексия, в том числе завершающаяся суицидом, многократно чаще встречается у женщин, перипартальный суицид невозможен среди

state, since he planned and prepared to commit a crime and was aware of the criminality and consequences of his actions, and therefore could stop and not commit criminal acts, despite the urge to their completion. Equally, if actions had not been taken against the suicide victim, pushing him to form SB and realize suicidal intentions, then suicide might not have happened. Therefore, persons who systematically committed intentional actions against a suicide victim that led a person with a joint disorder to suicide, or who formed SB that ultimately led to suicide, are guilty of their death. Since these actions launched a pathological process that led to the formation of a suicidal imperative and suicide, or were a trigger for the implementation of suicidal intentions.

Thus, suicide, unless it is self-sacrifice in extreme cases, is probably never a sudden spontaneous act.

The formulated and graphically expressed hypothesis of SB allowed us to form a pattern of predictors of SB (Table 2). In forming this descriptive pattern, we assumed that if a condition cannot be described by a comprehensive definition, then it can be codified by describing the observable predictors (markers) of this condition. Thus, we propose for professional discussion an algorithm for identifying joint ventures based on the use of unambiguously understood observable predictors, which are most often found in the scientific literature when describing SB. SB cannot be determined accurately, it has strongly expressed individual features, but it can be argued that a person has SB, without dwelling on the individual characteristics of SB, if this person has a critical set of anamnestic, diagnostic (genetic and/or laboratory) and behavioral predictors listed in Table 2. Work remains to be done on developing a rating scale in conditional points and establishing a threshold value of points scored using this scale, when it can already be stated with a reasonable degree of probability that a given person has a formed SB and a significant risk of committing suicide. Since it is known that the SB of men and women differs significantly, for example, there is a gender paradox (men on average commit suicide three times more often than women, but women are more likely to report suspected suicide), psychogenic anorexia, in-

мужчин в принцип. Как относительный, так и эмпирический риск совершения суицида у мужчин и женщин в зависимости от предиктора должен количественно различаться.

cluding those ending in suicide.

It is many times more common in women; peripartum suicide is impossible among men in principle.

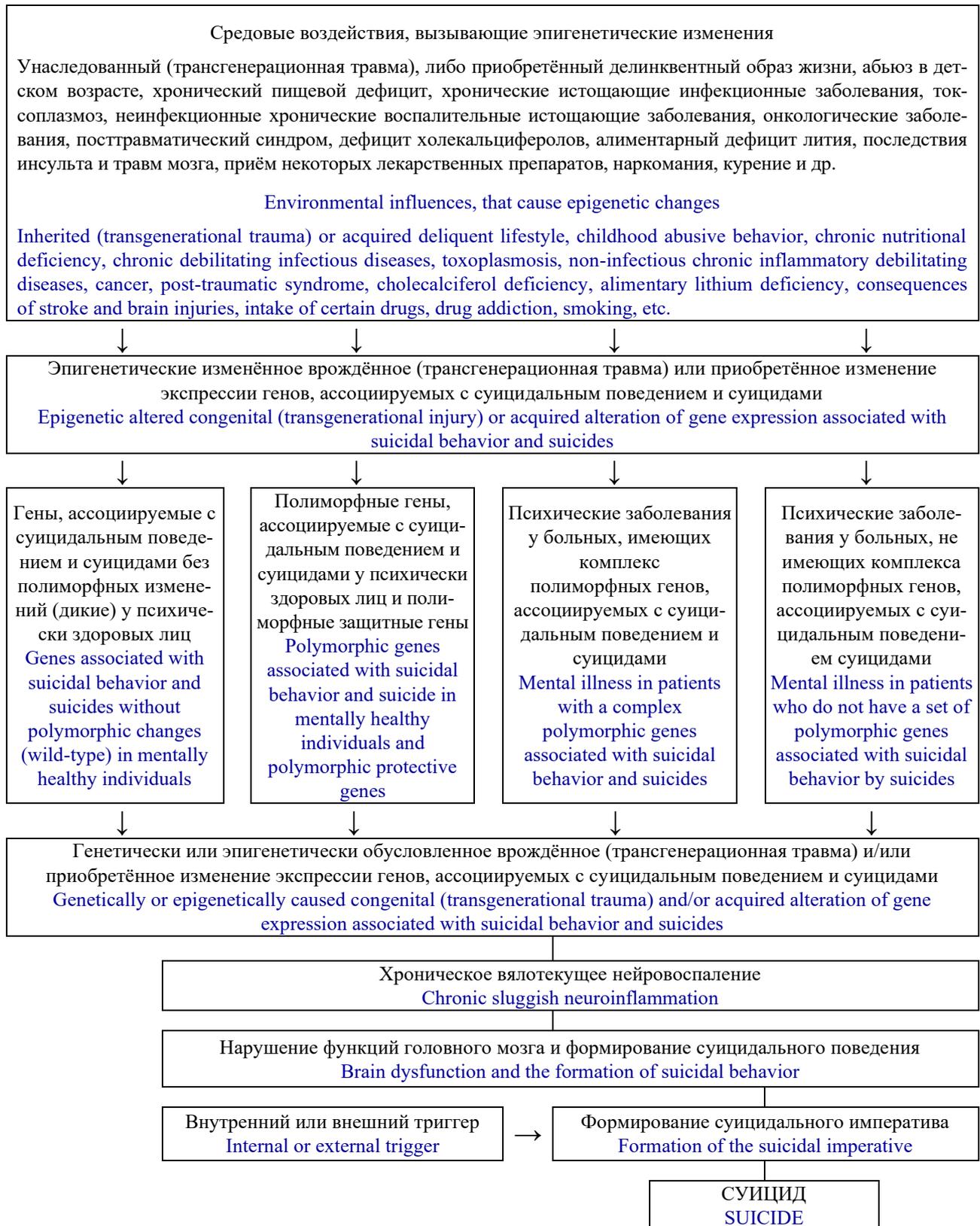


Рис. / Fig. 2. Мультифакторная гипотеза суицидальности / Multifactorial hypothesis of suicidality.

Таблица / Table 2

Предикторы СП и условные баллы их тяжести
Predictors of suicidal behaviour and conditional scores of their severity

№	Предикторы Predictors	Эмпирический риск в баллах Empiric risk, scores	
		Мужчины Males	Женщины Females
1.	Пробанд совершил летальный суицид (стоп случай – предмет досудебного исследования и врачебной работы в родственном окружении суицидента) Proband committed lethal suicide (stop case – subject of pre-trial investigation and medical work in the family environment of the suicidal person)		
2.	Есть суициды в семейном анамнезе: There's a family history of suicide:		
	2.1 суицид совершила мать ребёнка / suicide by the child's mother		
	2.2 суицид совершил один из родителей в возрасте ребёнка до 2-х лет suicide by a parent of a child under 2 years of age		
	2.3 суицид совершил монозиготный близнец / suicide by a monozygotic twin		
	2.4 суицид совершил дизиготный близнец / suicide by a dizygotic twin		
	2.5 суицид совершил сиблинг не близнец или кровный родственник с другой степенью родства / suicide by a sibling other than a twin or a blood relative with a different degree of kinship		
	2.6 были семейные случаи суицида, не относящиеся к перечисленным выше случаям / there were family cases of suicide other than those listed above		
3.	Пробанд совершил попытку суицида без летального исхода (не совершил последнего действия потому, что «передумал» или был остановлен) Subject made a non-fatal suicide attempt (did not complete the final act because they "changed their mind" or were stopped)		
	Пробанд совершил истинную попытку суицида, но остался жив: Proband made a true suicide attempt but survived:		
	3.1 демонстративную / demonstrative		
	3.2 реальную с низкой степенью жестокости / a real one with a low level of violence		
	3.3 реальную с высокой степенью жестокости / a real one with a high degree of brutality		
4.	В семейном анамнезе пробанда есть один или несколько случаев перипартального суицида (англ., peripartum – суицид, совершённый матерью в период первых трёх месяцев после родов) The proband has a family history of one or more cases of peripartum suicide (suicide committed by the mother during the first three months after childbirth)		
5.	Пробанд является представителем малого этноса с аномально высокой частотой суицидов Proband is a member of a small ethnicity with an abnormally high suicide rate		
6.	Пробанд имеет в геноме один или более SNP, ассоциируемый с СП и суицидом Proband has one or more SNPs in the genome associated with suicidal behavior and suicide		
7.	У пробанда диагностировано хроническое вялотекущее нейровоспаление (высокие плазменные концентрации ИЛ-6, ФНО- α , С-реактивного белка и кинуренина и низкие концентрации холестерина и ЛПНП) The proband was diagnosed with chronic sluggish neuroinflammation (high plasma concentrations of IL-6, TNF- α , C-reactive protein and kynurenine and low concentrations of cholesterol and LDL)		
8.	Пробанд является носителем хронического токсоплазмоза Proband is a carrier of chronic toxoplasmosis		
9.	Пробанд перенёс нейроинфекцию (грипп, COVID-19 и т.п.) и находится в состоянии затянувшейся реконвалесценции (синдром postmorbid) Proband has had a neuroinfection (influenza, COVID-19, etc.) and is in a state of prolonged reconvalescence (postmorbid syndrome)		

10.	Пробанд болен хроническим истощающим заболеванием, сопровождающимся хроническим системным воспалением / Proband suffers from a chronic debilitating disease accompanied by chronic systemic inflammation		
11.	У пробанда есть респираторная аллергия на пыльцу растений The proband has a respiratory allergy to plant pollen		
12.	Пробанд находится в остром периоде инфаркта миокарда Proband is in the acute period of myocardial infarction		
13.	Пробанд с постинсультным состоянием, либо перенёс в прошлом тяжёлую травму головного мозга Proband with a post-stroke condition or a history of severe traumatic brain injury		
14.	Пробанд имеет развёрнутый онкологический процесс Proband has an advanced oncological process		
15.	Пробанд имеет синдром хронической боли Proband has chronic pain syndrome		
16.	У пробанда есть психогенная анорексия The proband has psychogenic anorexia		
17.	Пробанд принадлежит к сексуальным меньшинствам Proband belongs to sexual minorities		
18.	Пробанд является жертвой посттравматического стрессового расстройства (участие в военных действиях, изнасилование и т.п.) Proband is a victim of post-traumatic stress disorder (participation in hostilities, rape, etc.)		
19.	Пробанд принимает наркотики Proband's taking drugs		
20.	Пробанд в настоящее время или в прошлом был осуждён и находится (находился) в заключении The proband is currently or has been convicted and is (has been) imprisoned		
21.	Пол пробанда The sex of the proband		
22.	Возраст пробанда 45-54 года The age of the proband is 45-54 years old		
23.	Возраст пробанда 85 лет и старше The age of the proband is 85 years or older		
24.	У пробанда есть делинквентное поведение ¹ The proband has a history of delinquent behaviour		
25.	У пробанда есть девиантное поведение ² The proband has deviant behaviour		
26.	Пробанд агрессивен, либо избыточно эмоционален Proband is aggressive or overly emotional		
27.	Пробанд высказывает суицидальные мысли Proband is expressing suicidal thoughts		
28.	Пробанд одобряет суицид Proband endorses suicide		
29.	Мысли пробанда фиксированы на идеях самоубийства ³		

¹Антиобщественное противоправное поведение человека, воплощённое в его проступках (действиях или бездействии), наносящих вред как отдельным гражданам, так и обществу в целом (Wikipedia) / Antisocial illegal behavior of a person, embodied in his misconduct (actions or inactions), causing harm to both individual citizens and society as a whole (Wikipedia).

²Стойко повторяющееся поведение, не соответствующее общепринятым социальным нормам и наносящее ущерб самому человеку, окружающим людям и имуществу (Wikipedia) / Persistently repeated behavior that does not conform to generally accepted social norms and causes damage to the person himself, surrounding people and property (Wikipedia).

³В отличие от п. 27, в соответствии с которым пробанд время от времени озвучивает мысли о совершении суицида), или иногда угрожает суицидом без сообщения о конкретных планах, пробанд постоянно сообщает о своих планах совершить суицид, делится с окружающими деталями этих планов, суицидальные интересы вытесняют все остальные мысли и намерения в течение относительного продолжительного времени, либо пробанд скрывает эти мысли, но в его дневниках или другом литературном творчестве постоянно присутствуют образы суицида, смерти, желательности смерти, либо пробанд осуществляет постоянные поиски в сети интернет публикации о способах совершения суицида и т.п. / Unlike paragraph 27, according to which the proband from time to time voices thoughts about committing suicide), or sometimes threatens suicide without reporting specific plans, the proband constantly reports his plans to commit suicide, shares with others the details of these plans, suicidal interests crowd out all other thoughts and intentions for a relatively long time, or the proband hides these thoughts, but in his diaries or other literary works there are constantly images of suicide, death, the desirability of death, or the proband constantly searches the Internet for publications about methods of committing suicide, etc.

	The proband's thoughts are fixed on suicidal ideas		
30.	Пробанд высказывает негативное отношение к жизни и сообщает о никчёмности своего существования, но при активном выявлении наличие суицидальных мыслей не подтверждает Proband expresses negative attitudes towards life and reports worthlessness of his existence, but does not confirm suicidal ideation when actively identified		
31.	Пробанд наносит себе самоповреждения Proband is self-harming		
32.	Пробанд курит Proband smokes		
33.	Пробанд злоупотребляет приёмом алкоголя или является алкоголиком The proband abuses the intake of alcohol or is an alcoholic		
34.	Пробанд является жертвой буллинга ¹ Proband is a victim of bullying		
35.	Пробанд является жертвой абьюза ² Proband is a victim of abusive behaviour		
36.	Пробанд имеет пограничное психической расстройство Proband has a borderline psychotic disorder		
37.	Пробанд имеет синдром гиперактивности с пониженным вниманием Proband has hyperactivity syndrome with decreased attention span		
38.	Пробанд имеет расстройство аутистического спектра Proband has an autism spectrum disorder		
39.	У пробанда диагностирована одна из форм шизофрении, депрессии или эпилепсия, или др. тяжёлое психическое расстройство The proband has been diagnosed with a form of schizophrenia, or depression, or epilepsy, or other severe mental disorder		
40.	Пробанд проживает в северных широтах The proband lives in northern latitudes		
41.	Пробанд проживает в сельской местности The proband lives in a rural area		
42.	Пробанд проживает в местности с содержанием лития в питьевой воде менее 30 мкг/л Proband lives in an area with less than 30 µg/litium in drinking water		
43.	У пробанда концентрация лития в крови менее 0,5-0,6 мкмоль/л The proband has a blood lithium concentration of less than 0.5-0.6 µmol/L		
44.	У пробанда концентрация холекальциферола в крови менее 30 нг/мл The proband has a blood cholecalciferol concentration of less than 30 ng/ml		
45.	Пробанд в качестве жизненно необходимых средств принимает какой-то из перечисленных препаратов: бета-адреноблокаторы, резерпин (или его аналоги), индометацин, гормональные контрацептивы, глюкокортикоиды, фторхинолоновые антибиотики и др. препараты, программный приём которых сопровождается доказанным увеличением числа случаев суицида Proband is taking any of the following drugs as life-sustaining agents: beta-adrenoblockers, reserpine (or its analogues), indomethacin, hormonal contraceptives, glucocorticoids, fluoroquinolone antibiotics, etc., the programmed administration of which is accompanied by a proven increase in suicide rates		

¹Травля (бу́ллинг – англ. bullying, запугивание) – агрессивное преследование, издевательство над одним из членов коллектива со стороны другого, но также часто группы лиц, не обязательно из одного формального или признаваемого другими коллектива/Bullying (intimidation) - aggressive persecution, bullying of one of the members of the team by another, but also often by a group of people, not necessarily from one formal or recognized by others team

²От англ. *abusive relationships* – уничижительные отношения. Отношения в паре, в которых один партнёр нарушает личные границы партнера человека, унижает, допускает жестокость в общении и действиях с целью подавления воли жертвы. В таком типе отношений жертва и агрессор *не меняются* местами, жертва по ряду причин не может выйти из этих отношений. Абьюзером может быть как мужчина, так и женщина/From English *abusive relationships* – derogatory relationships. A relationship in a couple in which one partner violates the personal boundaries of the person's partner, humiliates, and allows cruelty in communication and actions with the aim of suppressing the will of the victim. In this type of relationship, the victim and the aggressor do not change places; the victim, for a number of reasons, cannot leave this relationship. An abuser can be either a man or a woman.

46.	Пробанд имеет очень высокий уровень дохода <i>Proband has a very high level of income</i>		
47.	Пробанд имеет очень низкий уровень дохода <i>Proband has a very low income</i>		
48.	Пробанд внезапно лишился работы или пособия по безработице или инвалидности, или давно безработный <i>Proband is suddenly out of work or unemployment or disability benefits, or has been unemployed for a long time</i>		
49.	Пробанд нетрудоспособен по инвалидности <i>Proband is incapacitated by disability</i>		
50.	Пробанд одинокий, разведённый или потерявший супруга человек <i>Proband single, divorced or bereaved person</i>		

Примечание / Note: при отрицательном ответе в графу заносится значение «0» / if the answer is negative, the value “0” is entered in the column.

Поскольку величина относительного риска зависима от состава и объёма сравниваемых групп, а также от выбранных для расчёта относительного риска параметров, нам более предпочтительным кажется эмпирический риск, который может быть определён на основе экспертного мнения специалистов суицидологов. Для этого мы предполагаем провести онлайн опрос мнения экспертного сообщества об эмпирической «тяжести» предикторов табл. 2 в баллах, на основе статистической обработки результатов которого будет принят консенсус о том, какой результат принимать за наличие у обследуемого суицидального поведения и насколько велик риск совершения им суицида. Кроме того, такой подход позволит сформировать группу риска для целенаправленной адресной работы по профилактике суицидов.

Эффективность подобных оценочных шкал, обрабатываемых с помощью градиентного древовидного анализа, но опять же таки на базе исследования психометрических, то есть не наблюдаемых, параметров показана, например, в работе [26].

Таким образом, проведённый математический анализ данных, обнаруженных нами в доступной литературе, позволяет сделать вывод, что СП и суицид определённо соответствуют ряду классических показателей мультифакторной патологии, что позволило нам предложить для обсуждения специалистами-суицидологами мультифакторную гипотезу СП и оценочную кумулятивную шкалу СП, основанную на наблюдаемых предикторах СП, позволяющую в перспективе рассчитывать риск совершения суицида.

Both the relative and empirical risk of committing suicide in men and women, depending on the predictor, should differ quantitatively. Since the magnitude of the relative risk depends on the composition and size of the groups being compared, as well as on the parameters selected for calculating the relative risk, we think it is more preferable to use empirical risk, which can be determined on the basis of the expert opinion of suicidologists. To do this, we propose to conduct an online survey of the opinion of the expert community on the empirical “severity” of the predictors of the table. 2 in points, on the basis of statistical processing of the results of which a consensus will be adopted on what result should be taken as the presence of SB in the subject and how great the risk of committing suicide is. In addition, this approach will make it possible to form a risk group for targeted work on suicide prevention.

The effectiveness of such rating scales, processed using gradient tree analysis, but again based on the study of psychometric, that is, unobservable, parameters is shown, for example, in [26].

Thus, the mathematical analysis of the data we found in the available literature allows us to conclude that SB and suicide definitely correspond to a number of classical indicators of multifactorial pathology, which allowed us to propose for discussion by suicidologists the multifactorial hypothesis of SB and the cumulative assessment scale of SB, based on observed predictors of SB, allowing in the future to calculate the risk of committing suicide

Литература / References:

1. Osman A., Bagge C.L., Gutierrez P.M., Konick L.C., Kopper B.A., Barrios F.X. The Suicidal Behaviors

Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*. 2001; 8 (4): 443-454. DOI: 10.1177/107319110100800409

2. Gewirtz-Meydan A., Koós M., Nagy L., Kraus S.W., Demetrovics Z., Potenza M.N., Ballester-Arnal R., Batthyány D., Bergeron S., Billieux J., Burkauskas J., Cárdenas-López G., Carvalho J., Castro-Calvo J., Chen L., Ciocca G., Corazza O., Csako R., Fernandez D.P., Fujiwara H., Fernandez E.F., Fuss J., Gabrhelik R., Gjoneska B., Gola M., Grubbs J.B., Hashim H.T., Islam M.S., Ismail M., Jiménez-Martínez M.C., Jurin T., Kalina O., Klein V., Költő A., Lee S.K., Lewczuk K., Lin C.Y., Lochner C., López-Alvarado S., Lukavská K., Mayta-Tristán P., Miller D.J., Orosová O., Orosz G.; Sungkyunkwan University's research team NA; Ponce F.P., Quintana G.R., Quintero Garzola G.C., Ramos-Díaz J., Rigaud K., Rousseau A., De Tubino Scanavino M., Schulmeyer M.K., Sharan P., Shibata M., Shoib S., Sigre-Leirós V., Sniewski L., Spasovski O., Steibliene V., Stein D.J., Strong C., Ünsal B.C., Vaillancourt-Morel M.P., Van Hout M.C., Böhle B. Global cross-cultural validation of a brief measure for identifying potential suicide risk in 42 countries. *Public Health*. 2024; 229: 13-23. DOI: 10.1016/j.puhe.2023.12.031
3. Aloba O., Ojeleye O., Aloba T. The psychometric characteristics of the 4-item Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) as a screening tool in a non-clinical sample of Nigerian university students. *Asian J Psychiatr*. 2017; 26: 46-51. DOI: 10.1016/j.ajp.2017.01.017
4. Harmer B., Lee S., Duong T.V.H., Saadabadi A. Suicidal Ideation. 2024 Feb 5. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
5. Фогель Ф., Мотульский А. Генетика человека: в 3-х т. Пер с англ. М.: Мир, 1989. Т. 1. 309 с. [Vogel F., Motulski A. Human genetics: in 3 volumes. Translated from English. Moscow: Mir, 1989. T. 1. 309 p.] (In Russ)
6. Roy A., Segal N.L., Centerwall B.S., Robinette C.D. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48 (1): 29-32. DOI: 10.1001/archpsyc.1991.01810250031003
7. Zalsman G., Frisch A., Apter A., Weizman A. Genetics of suicidal behavior: candidate association genetic approach. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2002; 39 (4): 252-261.
8. Ranning A., Uddin M.J., Sørensen H.J., Laursen T.M., Thorup A.A.E., Madsen T., Nordentoft M., Erlangsen A. Intergenerational transmission of suicide attempt in a cohort of 4.4 million children. *Psychol Med*. 2022; 52 (14): 3202-3209. DOI: 10.1017/S0033291720005310
9. Carter C.O. The inheritance of congenital pyloric stenosis. *Br. Med. Bull*. 1961; 17: 252-254.
10. Suicide rate, by age, United States, 2000 to 2019. <https://ourworldindata.org/grapher/self-harm-death-rates-by-age> Дата последнего обращения 17.04.2024] / Figure 1. Stratification of suicide rates per 100,000, median data from 2000 to 2019, United States [Suicide rates, by age, United States, 2000 to 2019. <https://ourworldindata.org/grapher/self-harm-death-rates-by-age> Date last accessed 17.04.2024].
11. Vijayakumar L., Phillips M.R., Silverman M.M., Gunnell D., Carli V. Suicide. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, editors. Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2016 Mar 14. Chapter 9.
12. de Mendonça Lima C.A., De Leo D., Ivbijaro G., Svab I. Suicide prevention in older adults. *Asia Pac Psychiatry*. 2021; 13 (3): e12473. DOI: 10.1111/appy.12473
13. Vichi M., Berardelli I., Pompili M. Completed suicide during pregnancy and postpartum. *Ann Ist Super Sanita*. 2021; 57(1): 57-66. DOI: 10.4415/ANN_21_01_09
14. Козлов В.А., Зотов П.Б., Голенков А.В. Суицид: генетика и патоморфоз. Монография. Тюмень: Вектор Бук, 2023. 200 с. [Kozlov V.A., Zotov P.B., Golenkov A.V. Suicide: genetics and pathomorphosis. Tyumen: Vector Book, 2023. 200 p.] (In Russ)
15. Levey D.F., Polimanti R., Cheng Z., Zhou H., Nuñez Y.Z., Jain S., He F., Sun X., Ursano R.J., Kessler R.C., Smoller J.W., Stein M.B., Kranzler H.R., Gelernter J. Genetic associations with suicide attempt severity and genetic overlap with major depression. *Transl Psychiatry*. 2019; 9 (1): 22. DOI: 10.1038/s41398-018-0340-2
16. Наследственные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.П. Бочкова, Е.К. Гинтера, В.П. Пузырева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 936 с. [Hereditary diseases: national guidelines / Ed. N.P. Bochkov, E.K. Ginter, V.P. Puzrev. Moscow: GEOTAR-Media, 2012. 936 p.] (In Russ)
17. Baldessarini R.J., Hennen J. Genetics of suicide: an overview. *Harv Rev Psychiatry*. 2004; 12 (1): 1-13. DOI: 10.1080/10673220490425915
18. Obegi J.H. Rethinking suicidal behavior disorder. *Crisis*. 2019; 40 (3): 209-219. DOI: 10.1027/0227-5910/a000543
19. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5™) American Psychiatric Publishing. 2013. 1922 p. DOI: 10.1176/APPI.BOOKS.9780890425596
20. Lester D. Toward a new theory of suicide. *Suicide Studies*. 2024; 5 (1): 2-90.
21. Rowe C.E. Treating the basic self: Understanding addictive, suicidal, compulsive, and hyperactive (ADHD) behavior. New York: Psychoanalytic Publishers. 2005.
22. Giddens J.M., Sheehan K.H., Sheehan D.V. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Has the "Gold Standard" Become a Liability? *Innov Clin Neurosci*. 2014; 11 (9-10): 66-80.
23. Behera C., Krishna K., Singh H.R. Antitubercular drug-induced violent suicide of a hospitalised patient. *BMJ Case Rep*. 2014; 2014: bcr2013201469. DOI: 10.1136/bcr-2013-201469
24. Abusafiyah N., Soulen M.C. Driving patients crazy: acute neuropsychiatric toxicities of commonly prescribed antibiotics in IR. *J Vasc Interv Radiol*. 2023; 34 (10): 1722-1724. DOI: 10.1016/j.jvir.2023.06.010
25. MHRA issues two updates on fluoroquinolone safety. *Drug Ther Bull*. 2024; 62 (2): 19. DOI: 10.1136/dtb.2023.000069
26. Horvath A., Dras M., Lai C.C.W., Boag S. Predicting suicidal behavior without asking about suicidal ideation: machine learning and the role of borderline personality disorder criteria. *Suicide Life Threat Behav*. 2021; 51 (3): 455-466. DOI: 10.1111/sltb.12719

SUICIDE AS A MULTIFACTORIAL PATHOLOGY

V.A. Kozlov, A.V. Golenkov, E.S. Deomidov, F.V. Orlov

Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia; pooh12@yandex.ru

Abstract:

Such a fundamental concept as suicidal behavior (SB) does not have clearly defined boundaries and content. Currently, SB and suicide are considered as a multifactorial pathology. However, classical studies based on the criteria of F. Vogel and A. Motulski confirming this idea have not yet been carried out. The aim of the study was to demonstrate the multifactorial nature of suicide (SB) and to identify observable predictor criteria that make it possible to confidently diagnose the presence of SB in a subject and assess the risk of suicide. *Results.* Using median data on the number of suicides per 100,000 people committed by the US population from 2000-2019 in 5-year age cohorts, we showed that suicide rates increase sharply before age 14, peak at ages 45–54, and rise again sharply at ages 65 and older. In the periods 0-14, 20-24, 23-25 and 45-54 years of age, the annual number of suicides varies greatly, which is reflected in the coefficients of variation of the suicide rate in these intervals by year (28.2, 17.5, 23.6, 14.9, respectively). In other age intervals, the coefficients of variation are less than or close to 10%. When the twin criterion was calculated from publicly available data, its value ranged from 6.4 to 18.6 depending on the data provided by the authors, with a cutoff value of 4.0. The segregation coefficient value was 2.7 with a threshold value of 2.0. The obtained graphical and calculated results allow us to objectively conclude that SB and suicide are indeed multifactorial pathologies. Based on previously conducted and published analytical studies of freely available literature on SB and the evidence of its multifactorial nature obtained in this work, we have developed and proposed a multifactorial hypothesis of SB and its completion by suicide, covering almost the entire known range of genetic and pathophysiological phenomena associated with SB. Based on these ideas, a scale of observable (objective) predictors of SB was proposed for discussion by suicidologists. It was concluded that SB and suicide correspond to a set of class indicators of multifactorial pathology.

Keywords: definition of suicidal behavior, criteria, suicide, twin criterion, segregation criterion, multifactorial hypothesis

Вклад авторов:

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

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

E.S. Deomidov: написание и редактирование текста рукописи;

F.V. Orlov: написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

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

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

E.S. Deomidov: writing and editing of the text of the manuscript;

F.V. Orlov: writing and editing of the text of the manuscript.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 05.05.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 07.06.2024.

Для цитирования: Козлов В.А., Голенков А.В., Деомидов Е.С., Орлов Ф.В. Суицид как мультифакторная патология. *Суицидология*. 2024; 15 (4): 29-50. doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-04(57)-29-50

For citation: Kozlov V.A., Golenkov A.V., Deomidov E.S., Orlov F.V. Suicide as a multifactorial pathology. *Suicidology*. 2024; 15 (4): 29-50. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-04(57)-29-50

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ. ЧАСТЬ I: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, БРЕМЯ

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 BEHAVIOR IN RESISTANT DEPRESSION. PART I: PREVALENCE, CLINICAL PICTURE, BURDEN

Е.В. Lyubov, P.B. Zotov

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

Сведения об авторах:

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

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: 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) 20-16-70, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.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 and position: Chief Researcher, department of suicidology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Address: 3/10 Poteshnaya str. Moscow, 107076, Russia. Phone: +7 (495) 963-75-72, email: lyubov.evgeny@mail.ru

Zotov Pavel Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work and position: 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

Устойчивая (резистентная) к лечению депрессия (РД) сопряжена с более высоким риском суицидального поведения (СП), чем при поддающемся лечению депрессивном расстройстве, и СП следует рассматривать как её отдельный исход. Факторы риска СП при РД сходны с таковыми в общем населении и служат факторами риска и/или утяжеляют социально-экономический груз РД.

Ключевые слова: резистентная депрессия, суицидальное поведение, распространённость, факторы риска, бремя

Депрессия подобна даме в чёрном. Если она пришла, не гони её прочь, а пригласи к столу как гостью и послушай то, о чём она намерена сказать.

К. Юнг

Depression is like a lady in black. If she came, don't drive her away, but invite her to the table as a guest and listen to what, she intends to say.

K. Jung

Устойчивая (резистентная) к лечению депрессия (РД) представляет подтип депрессивного расстройства (ДР) с нечёткими границами, сопряжённый

Treatment-resistant depression (TRD) is a subtype of depressive disorder (DD) with unspecified boundaries, associated with a high risk of suicidal behavior (SB)

с высоким риском суицидального поведения (СП) и драматическими социально-экономическими последствиями. Недостаточно известно об общих и особенных факторах риска СП, клинической картине суицидогенной РД в реальной практике.

Цель: оценка распространённости СП взрослых пациентов РД с вниманием к её социально-экономическим последствиям.

Задачи:

1) оценить распространённость суицидальных мыслей, попыток и суицидов пациентов с РД по сравнению с поддающимся терапии ДР (нДР);

2) выделить факторы риска СП;

3) описать клиническую картину суицидогенной РД±СП;

4) уточнить социально-экономические последствия РД±СП;

5) наметить план дальнейших исследований;

6) указать их ограничения.

Методы. Обзор обобщает концептуальные и методологические вопросы определения, оценки больных резистентной депрессией (РД). Проведён поиск в базах данных РИНЦ, MEDLINE, PubMed подходящих статей в основном за пять лет вплоть октября 2024 г. с ключевыми словами «резистентная депрессия», «суицидальное поведение». Статьи оценены по названию и аннотации; вручную проведён поиск дополнительных ссылок в их библиографических списках.

РД нормативно определена безремиссионным (без клинически значимого послабления симптомов) течением в ходе ≥ 2 -х последовательных курсов монотерапии пероральными антидепрессантами (АД) разных классов [1, 2] при следовании клиническим рекомендациям «достаточного» по продолжительности и дозам лечения [3].

Термин «трудно поддающаяся лечению депрессия» («difficult-to-treat depression») – отчасти стигматизирует обделённых (дискриминируемых) эффективной помощью пациентов во избежание «терапевтического нигилизма», препятствующего союзу пациента с врачом [4, 5]. При «наличии отсутствия» согласованных стандартизированных операционных критериев (>10 определений) для единообразия понимания в данном обзоре использован термин РД.

Распространённость РД. Пожизненная заболеваемость ДР 10-15% [6]. Несмотря на многократные курсы новейших АД и «агрессивные» схемы лечения (см. Часть 2 Обзора), 10-15% пациентов продолжают страдать от депрессии. Доля «неподдающихся» (эв-

and dramatic socioeconomic consequences. Insufficient information is available on the general and specific risk factors for SB, the clinical picture of suicidogenic TRD in real practice.

Aim: assessment of the prevalence of SB of adults patients with TRD paying attention to its socio-economic consequences.

Tasks:

1) to assess the prevalence of suicidal thoughts, attempts and suicides among patients with TRD in comparison with treatable DD (tDD);

2) identify risk factors for SB;

3) describe the clinical picture of suicidogenic TRD±SB;

4) clarify the socio-economic consequences of TRD ± SB;

5) outline a plan for further research;

6) indicate their limitations.

Methods. The review summarizes conceptual and methodological issues of definition and assessment of patients with treatment resistant depression (TRD). A search was conducted in the RSCI (Russian Science Citation Index), MEDLINE, PubMed databases of suitable articles published in the last five years up to October 2024 with keywords "treatment-resistant depression", "suicidal behavior". The article was rated by title and abstract; a manual search for additional references in their bibliographic lists was conducted.

TRD is normatively defined without remission (without clinically significant relief of symptoms) during ≥ 2 consecutive courses of monotherapy with oral antidepressants (AD) of different classes [1, 2] when clinical recommendations of "sufficient" duration and dosage of treatment were properly followed [3].

The term "difficult for treatment depression" partly destigmatizes patients deprived (discriminated) of effective assistance to avoid "therapeutic nihilism", which hinders the patient-doctor alliance [4, 5]. In the absence of agreed standardized operational criteria (>10 definitions) for uniformity understanding in this review used term TRD.

Prevalence of TRD. Lifetime morbidity of DD is 10-15% [6]. Despite multiple courses of the latest AD and "aggressive" treatment regimens (see Part 2 of the Review), 10-15% of patients continue to suffer from depression. The proportion of "resistant" (euphemisms: "chronically ill", "struggling with depression") has remained unchanged for 40 years [7, 8]. Thus, in a

фемизмы: «хронические больные», «борющиеся с депрессией») неизменна 40 лет [7, 8]. Так, в финском популяционном когортном исследовании [9] пациентов с ДР $\approx 10\%$ ($n=20000$) соответствовали критериям РД (≥ 2 -х курсов АД за 8 месяцев).

В форме федерального государственного статистического наблюдения «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», в 2022 г. ≈ 80 больных ДР на 100 тысяч населения, или $<0,1\%$ (рост показателя за пять лет на 10%), что в 20-30 раз меньше «актуальной численности» больных ДР, нуждающихся в специализированной помощи при «растворении» их в других нозологических категориях. Так, на участках ПНД (диспансерное наблюдение) $\leq 2\%$ ДР. В отечественном многоцентровом ретроспективном наблюдательном клинико - эпидемиологическом исследовании [12] болезненность РД среди ДР $\approx 15\%$ (согласно данным литературы) на участках ПНД, приближаясь к «орфаным» <10 случаев на 100000 населения. Ориентировочно, «лишь» 16 тысяч больных РД под наблюдением ПНД.

Концепция резистентности к лечению не исключительна для ДР: отмечена при любых расстройствах. Более 100 млн больных в мире соответствуют определениям РД [3].

Суицидальное поведение входит в набор диагностических критериев ДР (МКБ-10). Суицидальные попытки. $> 60\%$ совершивших попытки страдают ДР с риском самоубийства в 15-20 раз бóльшим, чем в населении в целом [13, 14]. Распространённость суицидальных мыслей и попыток выше при ДР по сравнению с недепрессивным контролем [15, 16]. РД связана с повышенным риском СП vs. поддающимся лечению ДР (нДР) [15, 17]. Треть пациентов с РД совершают ≥ 1 попытки в течение жизни [18], вдвое чаще, чем при нДР при контроле тяжести депрессии и психиатрической коморбидности. Суициды. ДР выявлены (чаще в ходе психологической аутопсии) у 60% жертв суицида [19]. При РД риск суицида выше, чем при нДР [20]. В систематическом обзоре [21] частота самоубийств и попыток взрослых пациентов с РД 0,5 и 5 (соотношение 1:10) на 100 пациентов / лет соответственно.

Факторы риска

Выраженность симптомов (например, по Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS-S) – важнейший прогностический фактор РД [10] и СП [22]. У пациентов с РД «в целом» выше оценки

Finnish population-based cohort study [9], $\approx 10\%$ of patients with DD ($n=20,000$) met the criteria for TRD (≥ 2 courses of AD within 8 months).

In the form of federal state statistical observation "Information on the number of diseases registered in patients living in the service area of a medical organization", in 2022 ≈ 80 patients with TRD per 100 thousand population, or $<0.1\%$ (an increase of 10% over five years), which is 20-30 times less than the "actual number" of patients with TRD who need specialized care when they are "dissolved" in other nosological categories. Thus, in PND areas (dispensary observation) $\leq 2\%$ TRD. In a domestic multicenter retrospective observational clinical and epidemiological study [12], the incidence of TRD among DD is $\approx 15\%$ (according to literature data) in PND areas, approaching "orphan" <10 cases per 100,000 population. Approximately, "only" 16 thousand patients with TRD are under PND observation.

The concept of treatment resistance is not exclusive to DD: it is observed in all disorders. More than 100 million patients worldwide meet the definitions of TRD [3].

Suicidal behavior is included in the set of diagnostic criteria for DD (ICD-10). Suicidal attempts. $> 60\%$ committed attempts suffer DD with risk of completed suicides at 15-20 once greater than in the general population [13, 14]. The prevalence of suicidal thoughts and attempts is higher in DD compared to non-depressed controls [15, 16]. TRD is associated with an increased risk of SB compared to treatable DD (tDD) [15, 17]. One third of patients with TRD make ≥ 1 attempt during their lifetime [18], twice as often as with tDD when controlling for depression severity and psychiatric comorbidity. Suicides. DD has been identified (usually during psychological autopsy) in 60% of suicide victims [19]. In TRD, the risk of suicide is higher than in tDD [20]. In a systematic review [21], the frequency of suicides and attempts among adult patients with TRD is 0.5 and 5 (ratio 1:10) on 100 patients / years respectively.

Risk factors

Severity of symptoms (eg, with Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS-S) is the most important prognostic factor for TRD [10] and SB [22]. In patients with TRD, HAM-D scores are "in general" higher than in nDD [23], but long-term observation did not reveal a relation-

НАМ-D, чем при нДР [23], но многолетнее наблюдение не выявило связи тяжести ДР и попытки [24]. Определена лёгкая-средняя степень (по МКБ-10) у 80% пациентов ДР под наблюдением ПНД [25], как и при РД [26]. Суицидальный риск при РД vs. нДР повышен и при «лёгких» симптомах [27], например, при спонтанном или терапевтическом послаблении симптоматики, позволяющем выписать пациента с сохранением риска СП.

Безнадёжность – важнейший независимый предиктор СП в большей мере, чем симптомы ДР [28]. Безнадёжность (в отношении перспектив выздоровления) повышает риск попытки в три и в 6 раз соответственно [29].

Низкая самоэффективность (self-efficacy): беспомощность в контроле своего благополучия и житейских проблем, свойственная любым хроническим расстройствам [30], способствует СП [31]. Риск суицидальных мыслей в течение трёх месяцев наблюдения в 1,6, 2,6 и 1,1 раза выше при выраженной безнадёжности, низких уровнях стрессоустойчивости и самоэффективности соответственно [29].

Межличностная гипотеза указывает взаимосвязанные факторы риска СП: безнадежно «разрушенная принадлежность» (одиночество – состояние, о котором некому рассказать), «воспринимаемая обременённость» [32]. Симптомы ангедонии, безнадёжность, тревога и паника, ажитация, агрессия, импульсивность указывают на СП более, чем диагнозы или синдромы [33].

Хроническое течение. У 50-80% пациентов ≥ 2 -х эпизодов ДР, с трендом усиления и учащения [11]. Хронический спецификатор подразумевает эпизод ДР (МКБ-10) ≥ 2 лет \pm лечение. Отсутствие ремиссии классифицируют как неадекватный ответ на АД, поскольку остаточные депрессивные симптомы препятствуют функционированию. У 10-20% пациентов с ДР значительные симптомы в течение ≥ 2 -х лет [34], согласно и доле РД среди пациентов с ДР (см. выше), что снижает шансы на выздоровление [34].

Пациенты с РД перенесли 4 ± 2 эпизодов продолжительностью 4 ± 3 года, завершив 5 ± 3 безуспешных курсов ≥ 2 -х классов АД [18]. На участках ПНД (определяющего тяжесть выборки) у $\geq 60\%$ больных ДР [25] и РД [12] дисгармоничные (апатодинамические, астенические) состояния. В $\frac{1}{2}$ случаев ДР расценена как дистимия («невротическая депрессия»). Депрессивная триада в неравной и не полной степени за счёт не очевидных большого снижения настроения (привычно «никакое» как при «депрес-

ship between the severity of DD and the attempt [24]. Mild-moderate degree (according to ICD-10) was determined in 80% of patients with DD under the observation of the PND [25], like with TRD [26]. The risk of suicide in TRD vs. tDD is also increased with “mild” symptoms [27], for example, with spontaneous or therapeutic relief of symptoms, allowing the patient to be discharged with the risk of SB remaining.

Hopelessness – the most important independent predictor of SB to a greater extent than DD symptoms [28]. Hopelessness (regarding the prospects of recovery) increases the risk of attempting by three and six times, respectively [29].

Low self-efficacy: helplessness in controlling one's well-being and everyday problems, characteristic of any chronic disorders [30], contributes to SB [31]. The risk of suicidal thoughts during three months of observation is 1.6, 2.6 and 1.1 times higher with severe hopelessness, low levels of stress resistance and self-efficacy, respectively [29].

The interpersonal hypothesis points to interrelated risk factors for SB: hopelessly “broken belonging” (loneliness is a state that there is no one to talk about), “perceived burdensomeness” [32]. Symptoms anhedonia, hopelessness, anxiety and panic, agitation, aggression, impulsivity indicates SB more than diagnoses or syndromes [33].

Chronic course. In 50-80% of patients ≥ 2 episodes of DD, with a trend of increasing and increasing frequency [11]. The chronic specifier implies an episode of DD (ICD-10) ≥ 2 years \pm treatment. The absence of remission is classified as an inadequate response to AD, since residual depressive symptoms interfere with functioning. In 10-20% of patients with DD, significant symptoms last for ≥ 2 years [34], in line with the proportion of TRD among patients with DD (see above), which reduces the chances of recovery [34].

Patients with TRD suffered 4 ± 2 episodes lasting 4 ± 3 years, having completed 5 ± 3 unsuccessful courses of ≥ 2 classes of AD [18]. In the areas of PND (determining the severity of the sample), $\geq 60\%$ of patients with DD [25] and TRD [12] have disharmonious (apato-dynamic, asthenic) conditions. In $\frac{1}{2}$ of the cases, DD is assessed as dysthymia (“neurotic depression”). Depressive triad in unequal and incomplete degrees due to mood decline (usually “none” as in “depression of the spirit” of H. Weitbrecht) and anhedonia that are not obvious to the patient.

сии духа» Н. Weitbrecht) и ангедонии. Внешне упорядоченные, сообщают о вялости желаний и побуждений, снижении жизненного тонуса, равнодушно-отстраненном восприятии событий.

Сопутствующие психические расстройства скорее правило в психиатрии и особо при РД [3, 7, 10], что ставит под сомнение случайное совпадение. У 1/2 выборок РД психиатрическая коморбидность [например, 9]. Сопутствующая психическая патология, возможно, лучший предиктор СП [35]. *Личностные расстройства (РЛ)* определяют $\geq 40\%$ психической коморбидности РД [9]. В популяционной выборке [17] пограничное РЛ у 1/2 всех пациентов с РЛ. *Тревожные расстройства* у 60% пациентов с РД vs. 44% при нДР [10, 17] против 20% пациентов ДР без СП [17]. *Зависимость от ПАВ*, включая алкоголь, у 25 и 18% при РД и нДР [10] повышает риск СП [15, 20, 36]. Так, зависимость от ПАВ у 21, 25 и 9% пациентов с РД, нДР+СП и нДР без СП соответственно [17]. Возможно, злоупотребление ПАВ – признак суцидальной импульсивности [35, 37]. При контроле пола употребление ПАВ и тяжесть симптомов (НАМ-D) связаны с попытками самоубийства [22]. *Сомато-неврологические болезни* [7], особо связанные с неконтролируемой хронической болью и снижением повседневного функционирования. Больные ДР в группе риска хронических телесных болезней [38] и наоборот.

Суцидальные попытки – важнейший предиктор рецидива СП [19, 21, 35]. При РД в течение года повышен риск суцида в 10 раз [17]. СП в будущем определено СП в прошлом [39], особо в течение «критического периода» 24 месяцев [40] критерия «суцидальной болезни» DSM-V. Намеренные самоповреждения при РД вчетверо чаще [10] в тесной корреляции с СП.

В анамнезе и за последний год суцидальные мысли у всех больных РД на участке ПНД [12], суцидальные попытки у каждого пятого за последний год; показательны самоотравления психотропными препаратами, чаще (60%) АД («травятся и лечатся одним способом»). Для сравнения: среди диспансерных больных ДР (данные МЗ РФ) попытки у 1/4, суцид у <5% в течение отчетного года.

Связанные с организацией помощи и лечением факторы. Половина пациентов с ДР не охвачена каким-то лечением [41]. Минимальная адекватная фармакотерапия (один месяц + четыре визита к врачу) или психотерапия (8 визитов) доступна < 5% больным ДР (10% женщинам и 7% мужчинам) в 90

Externally ordered, they report lethargy of desires and impulses, decreased vitality, indifferent-detached perception of events.

Concomitant mental disorders are rather the rule in psychiatry and especially in TRD [3, 7, 10], which casts doubt on the random coincidence. Half of TRD samples have psychiatric comorbidity [e.g., 9]. Comorbid psychiatric pathology may be the best predictor of SB [35]. *Personality disorders (PD)* determine $\geq 40\%$ of mental comorbidity of TRD [9]. In a population sample [17], borderline PD was found in half of all patients with PD. *Anxiety disorders* in 60% of patients with TRD vs. 44% with tDD [10, 17] vs. 20% patients with DD without SB [17]. *Psychoactive substances addiction*, including alcohol, in 25 and 18% of patients with TRD and tDD [10] increases the risk of SB [15, 20, 36]. Thus, addiction to psychoactive substances in 21, 25 and 9% of patients with TRD, tDD + SB and tDD without SB, respectively [17]. Possibly, substance abuse is a sign of suicidogenic impulsivity [35, 37]. When controlling for gender, substance use and symptom severity (HAM-D) are associated with suicide attempts [22]. *Somato-neurological diseases* [7], particularly associated with uncontrolled chronic pain and decreased daily functioning. Patients with DD are at risk of chronic physical illnesses [38] and vice versa.

Suicide attempts are the most important predictor of relapse of PD [19, 21, 35]. In TRD, the risk of suicide within a year is increased by 10 times [17]. PD in the future is determined by PD in the past [39], especially during the “critical period” of 24 months [40] of the DSM-V “suicidal illness” criterion. Intentional self-harm in TRD is four times more common [10] in close correlation with SB.

In the anamnesis and over the last year, suicidal thoughts were found in all patients with TRD in the PND area [12], suicide attempts were made by every fifth in the last year; self-poisoning with psychotropic drugs is indicative, more often (60%) AD (“poisoned and treated in the same way”). For comparison: among dispensary patients with DD (data from the Ministry of Health of the Russian Federation), attempts were made in 1/4, suicide in <5% during the reporting year.

Factors associated with the organization of care and treatment. Half of the patients with DD are not covered by any treatment [41]. Minimal adequate pharma-

странах мира, но в развитых странах – 30% [42]. В израильской больничной кассе [43] среди ДР ¼ РД, но > 90% получали фармакотерапию ≤ 4-х месяцев (короче, чем при нДР) с месячным запасом лекарств у > 80% (не гарантирован приём по назначению). Неясна роль своевременного адекватного лечения в формировании и сдерживании активности РД±СП, но некачественное (не соответствующее рекомендованным образцам) лечение не снижает риск СП, отягощая страдания пациента и его близких [25]. Роль «сдерживающего фактора» систематического адекватного лечения показательна при фармакозависимых ремиссиях.

Большинство пациентов (особо зарубежом) изначально курированы в первичной помощи, но РД – после перевода в психиатрическую службу (наиболее тяжелые проходят психиатрический фильтр). Среднее время от диагностики ДР до констатации РД, не выделяемой МКБ, в клинической практике >550 (300-900) дней [10] против 130 (20 недель) в образцовом STAR*D [11]. В популяционных когортных исследованиях с опорой на электронные базы данных, меньше доля РД в связи с медленным переключением АД при монотонно-выжидательном подходе в реальной практике. На другом полюсе – «фармакологическая рулетка» вследствие нетерпения врача и его пациента. База данных РД учитывает соблюдающих лечение, но именно в «серой зоне» уклоняющихся частично или полностью от лечения, отчаявшихся и безнадежных, высок риск СП.

Госпитализации служат мощным защитным фактором, но и свидетельством тяжести состояния, включая СП. Риск регоспитализации в связи с СП наибольший в первый месяц по выписке, особо пациентов с ДР + злоупотребление ПАВ и/или тревожные расстройства [44]. У стационарных больных ДР наивысший риск суицида среди пациентов психиатрических больниц в течение трех месяцев по выписке [10].

Портрет пациента РД±СП. *Пол.* У РД «женское лицо»: >60% в скандинавских [9, 10, 17, 26] популяционных выборках или относительно малых выборках в реальной практике 70-80% [12, 22, 29]. Недостаточно доказательств, что женский пол служит фактором риска РД при их преобладании в контингенте ПНД и больных ДР, в частности. «Гендерный парадокс» СП мало изучен на материале РД. *Возраст.* Оба полюса возрастного спектра описаны факторами риска РД + СП. На 25-45 лет приходится пик заболеваемости ДР [1]. Лица зрелого (~ 50 лет) воз-

cotherapy (one month + four visits to the doctor) or psychotherapy (8 visits) is available to < 5% of patients with DD (10% for women and 7% for men) in 90 countries, but in developed countries – 30% [42]. In the Israeli health insurance fund [43], among DD patients ¼ are TRD, but > 90% received pharmacotherapy for ≤ 4 months (shorter than for tDD) with a monthly supply of drugs in > 80% (prescription is not guaranteed). The role of timely adequate treatment in the formation and containment of TRD ± SB activity is unclear, but poor-quality (not corresponding to recommended samples) treatment does not reduce the risk of SB, aggravating the suffering of the patient and his relatives [25]. The role of the “deterrent factor” of systematic adequate treatment is indicative in drug-dependent remissions.

Most patients (especially abroad) are initially treated in primary care, but TRD - after transfer to psychiatric services (the most severe ones go through a psychiatric filter). The average time from the diagnosis of DD to the establishment of TRD, not identified by the ICD, in clinical practice is >550 (300-900) days [10] versus 130 (20 weeks) in the model STAR * D [11]. In population cohort studies based on electronic databases, the proportion of TRD is lower due to the slow switching of AD with a monotonous wait-and-see approach in real practice. At the other extreme is the “pharmacological roulette” due to the impatience of the doctor and his patient. The TRD database takes into account those who comply with treatment, but it is in the “gray zone” of those who partially or completely avoid treatment, the desperate and hopeless, that the risk of DD is high.

Hospitalizations serve as a powerful protective factor, but also evidence of the severity of the condition, including AP. The risk of rehospitalization due to AP is highest in the first month after discharge, especially for patients with DD + substance abuse and/or anxiety disorders [44]. Inpatients with DD have the highest risk of suicide among psychiatric patients within three months after discharge [10].

Portrait of a patient TRD±SB. *Gender.* TRD has a “female face”: >60% in Scandinavian [9, 10, 17, 26] population samples or relatively small samples in real practice 70-80% [12, 22, 29]. There is insufficient evidence that female gender is a risk factor for TRD given their prevalence in the contingent of PND and patients with DD, in par-

раста [9, 10, 26] составляют > 60% выборок РД [43], как и при нДР±СП [17] при определении диагноза ДР в 40 лет [9].

По данным Росстата, средний возраст жертвы суицида в РФ ≈40 лет. Суицид – ведущая причина смерти до 34 лет [45]. Риск СП выше на порядок при «молодой» (18-34 лет) РД [29]. Риск суицида молодых мужчин с историей «недавнего» (в течение года) СП в 24 раза выше по сравнению с общей когортой РД [17]. Раннее начало ДР и РД±СП объяснено РЛ, употреблением ПАВ как средством самолечения и семейным анамнезом ДР±СП [11]. Те же факторы определяют «молодого хроника», агрессивного, не работающего и не учащегося («молодёжь NEET») на иждивении близких, что обостряет суицидогенные чувство вины и обременённости при обычном (согласно возрасту) образовательном цензе, сходном с здоровыми сверстниками (по данным Росстата), без собственной семьи; с РЛ (чаще ПРЛ), с трудом приспособленного дома и больнице («законник», «бегун»). Такой клинико-социальный профиль повышает риск и несоблюдения лекарственного режима, возможно, скрытого. Риск суицида пожилых (≥65 лет) пациентов с РД [6] в 3-4 раза ниже, чем в 18-44 лет [17] в отличие от общего населения, возможно, в связи с регрессиентностью РД.

Преобладают (>80%) непсихотические ДР с многолетним (≈10 лет) волнообразным течением при длительности диспансерного наблюдения в среднем < 10 лет. Психотические симптомы в остром эпизоде ДР не играют роли как долгосрочный фактор риска [46]. Пациенты объясняют ДР неблагоприятными и неразрешимыми жизненными обстоятельствами (менее винят себя): фиксированы на затруднениях бытового функционирования (бремя для себя и близких), мучительные бессонницу, головные боли избыточную усталость. Сообщают при прицельном расспросе об отчаянии, бессмысленности жизни. Соблюдают режим лечения визитам в ПНД, но не верят в улучшение; опасливы к изменению терапии (более неофобы, чем неофилы).

Портреты диспансерных пациентов ДР и РД±СП [12, 25] фактически сливаются, что указывает на недостаточную прогностическую ценность расширяющегося ряда факторов риска СП и зыбкость границ РД.

Бремя РД±СП: медицинские затраты.

Госпитализации. Стоимостной анализ ДР в психиатрических службах РФ высвечивает их недостатки организации и функции [47]. Ведущие затраты

ticular. The “gender paradox” of SB has been poorly studied based on TRD material. *Age.* Both poles of the age spectrum are described by risk factors for TRD + SB. The peak incidence of DD occurs at 25-45 years of age [1]. Mature individuals (≈ 50 years of age) [9, 10, 26] make up > 60% of the TRD samples [43], as well as with tDD±SB [17] when determining the diagnosis of DD at 40 years of age [9].

According to Rosstat, the average age of a suicide victim in the Russian Federation is ≈40 years of age. Suicide is the leading cause of death under 34 years of age [45]. The risk of SB is an order of magnitude higher in the case of “young” (18-34 years) TRD [29]. The risk of suicide in young men with a history of “recent” (within a year) SB is 24 times higher compared to the general TRD cohort [17]. The early onset of DD and TRD±SB is explained by PD, the use of psychoactive substances as a means of self-medication, and a family history of DD±SB [11]. The same factors define the “young chronic”, aggressive, unemployed and not studying (“NEET youth”), who depend on relatives, which exacerbates the suicidogenic sense of guilt and burden with a normal (according to age) educational qualification, similar to healthy peers (according to Rosstat data), without their own family; with PD (more often BPD), with difficulty adapting to home and hospital (“lawyer”, “runner”). Such a clinical and social profile increases the risk of non-compliance with the drug regimen, possibly hidden. The risk of suicide in elderly (≥65 years of age) patients with TRD [6] is 3-4 times lower than in 18-44 years of age [17], unlike the general population, possibly due to the regression of TRD.

Non-psychotic DD with a long-term (≈10 years) wave-like course and an average follow-up period of < 10 years predominate (>80%). Psychotic symptoms in an acute episode of DD do not play a role as a long-term risk factor [46]. Patients explain DD by unfavorable and unresolvable life circumstances (they blame themselves less): they are fixated on difficulties in everyday functioning (a burden for themselves and loved ones), suffer from excruciating insomnia, headaches, and constant fatigue. When questioned closely, they report despair and the meaninglessness of life. They adhere to the treatment regimen of visits to the PND, but do not believe in improve-

приходятся на госпитализации (не менее 1/4 – в связи с риском СП); на внебольничное лечение (фармакотерапию) при пребывании пациента 90% времени вне стен больницы непозволительно малы.

Активность ресурсоемкой больничной помощи указывает на неспособность психиатрических служб реагировать на изменчивые клинико-социальные потребности пациентов. Краткосрочные частые и плановые госпитализации могут отражать внимательное клиническое наблюдение.

Эпизоды РД \approx 600 дней («жизни в депрессии»): втрое длиннее, чем нДР и чаще ведут к регоспитализациям [26, 48], особо при СП [43, 48]. Госпитализации длиннее, чем при нДР [7, 10], возможно, втрое [22]. По данным МЗ РФ, госпитализированы за год $<1/3$ пациентов, наблюдаемых психиатрическими службами, 60% – повторно. Длительность госпитализаций / регоспитализаций (в среднем две в год на пациента) при ДР и РД+СП не отличается (\approx 35 койко-дней) [12, 25], что при малой эффективности терапии (неполная ремиссия без существенного улучшения повседневного функционирования) и нарушении преемственности терапии чревато рецидивом СП.

Неудивительно: медицинские затраты выше при РД vs. нДР и, возможно, растут с возрастом [43] за счёт перераспределения ресурсов. Так, коморбидность способствует обращению к интернистам, неотложной помощи в многопрофильные больницы [7, 43, 48, 49, 50], как и СП с медицинскими последствиями.

Социальные потери пациентов с РД определены временной или постоянной (инвалидностью) преждевременной нетрудоспособностью [10, 50, 51]. ДР – основное препятствие полноценной продуктивной жизни [6]. РД в США определяет диспропорционально большую ($1/2$) долю бремени безработицы и снижения трудоспособности ($1/3$) [52]. Социальные потери выше при РД, чем нДР [48]. Социальная дезадаптация способствует СП [53] и наоборот.

Смертность. В популяционных исследованиях общая смертность РД на $\geq 20\%$ выше, чем при нДР [10, 17, 20, 54]. Смертность от естественных причин связана с сопутствующими РД заболеваниями, а не с РД как таковым [55] и сходна с нДР [9]. Внешние причины (суициды и несчастные случаи) определяют избыточную смертность при РД по сравнению с нДР [27]: 40-50 vs. 30-40% [9, 20]. При катамнезе \approx 10 лет смертность за счёт суицидов и «непреднамеренных» самоотравлений у пациентов РД вдвое выше, чем

ment; they are wary of changing therapy (more neophobic than neophilic).

The portraits of outpatients with DD and TRD \pm SB [12, 25] actually merge, which indicates the insufficient prognostic value of the expanding range of risk factors for SB and the instability of the boundaries of TRD.

Burden of TRD \pm SB: medical costs.

Hospitalizations. Cost analysis of DD in psychiatric services of the Russian Federation highlights their shortcomings in organization and functions [47]. The leading costs are for hospitalizations (at least 1/4 – due to the risk of SB); for out-of-hospital treatment (pharmacotherapy) when the patient spends 90% of the time outside the hospital walls are impermissibly low.

The activity of resource-intensive hospital care indicates the inability of mental health services to respond to the changing clinical and social needs of patients. Short-term frequent and planned hospitalizations may reflect close clinical supervision.

Episodes of TRD \approx 600 days (“life in depression”): three times longer than tDD and more often lead to rehospitalizations [26, 48], especially in SB [43, 48]. Hospitalizations are longer than in tDD [7, 10], possibly three times longer [22]. According to the Ministry of Health of the Russian Federation, $<1/3$ of patients observed by psychiatric services are hospitalized per year, 60% are re-hospitalized. The duration of hospitalizations/rehospitalizations (on average, two per year per patient) in DD and TRD + SB does not differ (\approx 35 bed-days) [12, 25], which, given the low effectiveness of therapy (incomplete remission without significant improvement in everyday functioning) and disruption of therapy continuity, is fraught with a relapse of SB.

No wonder: medical costs are higher with TRD vs. tDD and may increase with age [43] due to the redistribution of resources. Thus, comorbidity contributes to the use of internists, emergency care in multidisciplinary hospitals [7, 43, 48, 49, 50], as well as stroke with medical consequences.

Social losses of patients with TRD are determined by temporary or permanent (disability) premature incapacity [10, 50, 51]. DD is the main obstacle to a full productive life [6]. TRD in the USA determines a disproportionately large ($1/2$) share of the unemployment burden and decreased working capacity ($1/3$) [52]. Social losses are higher with TRD than with tDD [48]. Social maladjustment contributes to SB [53] and

нДР при контроле пола и возраста начала лечения АД [9]. Больше «случайных» лекарственных передозировок при РД, чем при нДР (60 vs 40%, соответственно). В ретроспективном когортном исследовании уровень суицидов (УС) при РД, нДР+СП и нДР без СП 0,14; 0,27 и 0,04 на 100 человеко-лет соответственно [17]. То есть сама по себе РД не определяет СП, но больные РД испытывают более выраженные симптомы и риск СП, чем при нДР. Стоимостной анализ суицида [56] сосредоточен на лицах трудоспособного возраста (остальные дискриминированы, как дети и пожилые) через потерю лет продуктивной жизни. В связи с особенностями контингента ПНД (женщины предпенсионного возраста) медицинские затраты превалируют над социальными.

«Неуловимые» потери объективизированы снижением качества жизни (КЖ) [18, 50] как гуманистического исхода и неотъемлемой части целостной оценки бремени РД±СП [57-59]. Сочетанные с РД болезни ухудшают КЖ, связанное с психическим и телесным здоровьем. *Бремя семьи*. На индивидуальном уровне СП несёт разрушительные последствия для психического здоровья «выживших» [60]. Родственники первой линии более отягощены сочетанными физическими заболеваниями, риском суицида и РД по сравнению с близкими больных шизофренией и БАР [61].

Половина суммарных издержек ДР приходится на РД [3]. Пациенты составляют группу интенсивных потребителей медицинских и социальных служб в связи с сочетанными проблемами, питающими РД и служащими её неблагоприятными последствиями. Остаточные симптомы РД увеличивают медицинские (регоспитализации) и социальные (функциональное), неуловимые затраты [21]. По всем позициям стоимостного анализа РД печально доминирует над нДР. Программы лечения РД и профилактики СП должны финансироваться с пониманием масштабов многообразных издержек суицидов и намеренных самоповреждений [62].

На диспансерном материале затруднительны различия СП среди ДР и РД. Схематично можно сопоставить суицидальные депрессии в рамках нДР и РД (табл. 1).

Прогноз. Частота ответов РД $>1/3$ [18], 10% за год стандартной терапии АД, но вдвое больше за два [63], что усиливает доводы продолжения усилий терапии. Шанс выздоровления (клиническая ремиссия) 40% за 10 лет [64]. Большинство (80%) ремиттированных пациентов претерпевают рецидивы за год.

vice versa.

Mortality. In population studies, overall mortality in TRD is $\geq 20\%$ higher than in tDD [10, 17, 20, 54]. Mortality from natural causes is associated with TRD concomitant diseases, rather than with TRD as such [55] and is similar to tDD [9]. External causes (suicides and accidents) determine excess mortality in TRD compared to tDD [27]: 40-50 vs. 30-40% [9, 20]. With a follow-up of ≈ 10 years, mortality due to suicides and “unintentional” self-poisoning in TRD patients is twice as high as tDD when controlling for gender and age at the start of AD treatment [9]. There are more “accidental” drug overdoses in TRD than in tDD (60 vs. 40%, respectively). In a retrospective cohort in the study, the suicide rate (SR) in TRD, tDD+SB and tDD without SB was 0.14; 0.27 and 0.04 by 100 man-years respectively [17]. That is, TRD itself does not determine SB, but patients with TRD experience more pronounced symptoms and risk of SB than with tDD. Cost analysis of suicide [56] is focused on people of working age (others are discriminated against, like children and the elderly) due to the loss of years of productive life. Due to the characteristics of the contingent of PND (women of pre-retirement age), medical costs prevail over social ones.

“Elusive” losses objectified by a decrease in the quality of life (QOL) [18, 50] as a humanistic outcome and an integral part of the holistic assessment of the burden of TRD±SB [57-59]. Diseases associated with TRD worsen QOL associated with mental and physical health. *The burden of the family*. At the individual level, SB has devastating consequences for the mental health of “survivors” [60]. First-degree relatives are more burdened with combined physical illnesses, risk of suicide and TRD compared to relatives of patients with schizophrenia and bipolar disorder [61].

Half of the total costs of DD are due to TRD [3]. Patients constitute a group of intensive consumers of medical and social services due to the combined problems that feed TRD and serve as its adverse consequences. Residual symptoms of TRD increase medical (rehospitalizations) and social (functioning), elusive costs [21]. In all positions of cost analysis, TRD sadly dominates over tDD. Treatment and prevention programs for TRD should be funded with an understanding of the magnitude of the multiple costs of suicide and intentional self-harm [62].

Таблица / Table 1

Суицидальные депрессии
Suicidal depression

Показатель Indicator	РД TRD	нДР tDD
Социо-демографические характеристики Sociodemographic characteristics		
Пол Sex	Женский (?) Female(?)	Женский Female
Возраст Age	Средний Average	Молодой и пожилой Young and elderly
Клинические характеристики Clinical characteristics		
Симптомы депрессии Symptoms of depression	Более выражены More pronounced	Менее выражены Less pronounced
Сочетанные психические и/или соматические расстройства Combined mental and/or somatic disorders	Чаще More often	Реже Less often
СП SB		
Суицидальные мысли Suicidal thoughts	Чаще More often	Реже Less often
Суицидальные попытки Suicide attempts	Чаще More often	Реже Less often
Несуицидальные самоповреждения Non-suicidal self-harm	?	?
Ресурсопотребление Resource consumption		
Медицинские затраты Medical costs	Больше Higher	Меньше Lower
Социальные потери Social losses	Больше Higher	Меньше Lower
«Неуловимые» издержки “Ellusive” costs	Больше Higher	Меньше Lower

Лишь один из четырёх остается таковым спустя два года при снижении КЖ [63]. Симптоматическое улучшение может парадоксально увеличить риск СП. Функциональная недостаточность (выученная беспомощность) могут сохраниться при облегчении иных симптомов РД, а рецидив (аналгия с онкологией) способствует приливу суицидогенного отчаяния как «страха без надежды» (Р. Декарт).

Будущие исследования. Нет единого мнения о лучших инструментах диагностики РД и СП как её драматического измеряемого осложнения и исхода. В анализах электронных баз данных РД классифицирована на основе алгоритма [65]. Узкое определение РД позволит отобрать однородные группы для РКИ. Широкие определения в повседневной практике – учитывать диапазон тяжести РД. Неясно, РД – особый подтип ДР или

Based on the dispensary material, it is difficult to differentiate between suicidal depressions among DD and TRD. It is possible to schematically compare suicidal depressions within the framework of tDD and TRD (Table 1).

Forecast. The response rate of TRD is >1/3 [18], 10% after a year of standard AD therapy, but twice as much after two [63], which strengthens the case for continuing therapeutic efforts. The chance of recovery (clinical remission) is 40% after 10 years [64]. The majority (80%) of remitted patients experience relapses within a year. Only one in four remains so after two years with a decrease in QOL [63]. Symptomatic improvement can paradoxically increase the risk of SB. Functional insufficiency (learned helplessness) can persist with relief of other symptoms of TRD, and a relapse (analgia with oncology) contributes to a surge of suicidogenic despair as “fear without hope” (R. Descartes).

остаточная категория с «засовом» – ответом на АД. РД лучше понимать не как дихотомию «все или ничего», а континуум (как и СП), диапазон от частичного ответа до полной резистентности к лечению [66].

При растущем наборе факторов риска недостаточно известно об индивидуальном прогнозе СП – Святом Граале исследований. Как в других областях медицины, модели прогноза (здесь – СП) работают в общем населении, но не в отдельных группах риска [67] и мало действенны на индивидуальном уровне. Недостаточные и противоречивые сведения о долгосрочном прогнозе РД+СП препятствуют клиническим и организационным решениям. В репрезентативных проспективных выборках выясняют различия возрастных подгрупп РД; траекторию намеренных самоповреждений, изучив каждый пункт шкалы НАМ-D с точки зрения СП, связи общих и особенных (?) факторов риска РД и СП, синергизм генетической уязвимости, экзогенных и эндогенных (межличностных, профессиональных, финансовых, психических расстройств) дистрессов. Выявление биомаркеров, биологических подтипов или эндофенотипов РД и СП облегчит стратификацию суицидального риска и планирование персонализированных лечебных вмешательств.

Золотой стандарт Национального реестра уточнит причины смерти населения. Данные о рисках различных болезней после диагноза ДР помогут оптимизировать лечение и профилактику сочетанных заболеваний пациентов с ДР / РД±СП. Предстоят анализы бремени РД ± СП и паттернов психиатрической помощи в долгосрочной перспективе с привлечением самоописаний пациентов и их близких [52] через качественный анализ.

Ограничения источников обзора. Неопределённость операционных критериев «адекватного ответа» РД и СП уязвима критике, основанной на витгенштейновской языковой игре.

Концептуальные и методологические вопросы верификации РД±СП препятствуют сравнению и обобщению результатов исследований, разработке и внедрению клинических рекомендаций, усугубляют неоднородность выборок РД.

Недостатки обезличенных Big Data видны и в суицидологии [68]. «Грязные» или неполные данные ведут к ошибочным выводам и стратегиям. РД завышено при включении лиц с недостаточными /избыточными индивидуальными дозами АД (не выявлено регистрами). Определены боль-

Future research. There is no consensus on the best instruments for diagnostics of TRD and SB as its dramatic measurable complication and outcome. In the analyses of electronic databases, TRD is classified based on an algorithm [65]. A narrow definition of TRD will allow the selection of homogeneous groups for RCTs. Broad definitions in everyday practice take into account the range of TRD severity. It is unclear whether TRD is a special subtype of DD or a residual category with a “bolt” - response to AD. TRD is better understood not as an “all or nothing” dichotomy, but a continuum (like SB), a range from partial response to complete resistance to treatment [66].

With a growing set of risk factors, little is known about individual prognosis of SB, the Holy Grail of research. As in other areas of medicine, prognosis models (here SB) work in the general population but not in specific risk groups [67] and have little effect at the individual level. Insufficient and inconsistent data on long term forecast of TRD +SB hinders clinical and organizational decisions. representative prospective samples will reveal differences in age subgroups of TRD; the trajectory of intentional self-harm, having studied every paragraph scales HAM-D from the point of view SB, connections between general and specific (?) risk factors for TRD and SB, synergism of genetic vulnerability, exogenous and endogenous (interpersonal, professional, financial, mental disorders) distress. Identification of biomarkers, biological subtypes or endophenotypes of TRD and SB will facilitate stratification of suicide risk and planning of personalized treatment interventions.

The gold standard of the National Registry will clarify the causes of death of the population. Data on the risks of various diseases after the diagnosis of DD will help optimize the treatment and prevention of combined diseases of patients with DD / TRD±SB. Analyses of the burden of TRD±SB and patterns of psychiatric care in the long term are forthcoming using self-descriptions of patients and their relatives [52] through qualitative analysis.

Limitations of review sources. The uncertainty of the operational criteria of the “adequate answer” of the TRD and SB is vulnerable to criticism based on Wittgenstein’s language game.

Conceptual and methodological issues of verification of TRD±SB hinder comparison and generalization of results research, development and implementation of clinical recommendations, exacerbate the heterogeneity of the TRD samples.

ными нДР умершие (погибшие от суицида) до третьего курса АД или оборвавшие лечение, например, из-за безнадёжности. Нет информации о причинах изменения режима приёма лекарств. В анализе реестра (например, [17]) суицидальные мысли (без детализации) рассмотрены вкрупне с попытками, суицидальные и несуйцидальные самоповреждения (парасуйциды) не разделены, но вклад в прогноз риска СП у них различен [69]. В ретроспективных исследованиях (например, [12]) систематическая ошибка препятствует определению причинно-следственной связи демографических и клинических характеристик пациентов и СП.

Данные из повседневной практики одного лечебного учреждения (например, [29]) могут привести к систематической ошибке отбора и ограничить обобщение результатов из-за неравного доступа к помощи без оценки отдельных психопатологических доменов посредством оценочных шкал в динамике. Ограничены данные о характеристиках пациентов группы риска СП среди нДР и РД из-за различий регионов и стран. Сведения о СП ограничены «серьёзными» попытками с медицинскими последствиями и/или получены из самоотчётов пациентов, но «ненадёжные свидетели» затрудняются различить суицидальные и несуйцидальные самоповреждения (типично – при РД+ПРЛ).

Эпидемиология СП занижена с времен Дюркгейма. Адекватность определения СП и его риска [57, 70] недостаточна. При строгом определении количество суицидов почти на $\frac{1}{2}$ ниже. Напротив, реальный уровень суицидов (особо женской) вдвое выше официальной с учётом латентных суицидов [71]. Чтобы снизить вероятность ошибочной классификации, «несчастные случаи» неустановленной причины могут причисляться к самоубийствам, если 80% смертей с неопределёнными намерениями и 90% «случайных» лекарственных (наркотических) самоотравлений суть самоубийства [62].

Скудны сведения о коморбидности пациентов ДР и РД, соматическая отягощённость более в пожилом возрасте, психиатрическая (особо РЛ молодых) обычно не выявлена, и отечественные статистические формы этого не требуют, как и выделения пациентов группы риска СП.

Выводы

РД остаётся актуальной научно-практической проблемой как неудовлетворённая потребность

The shortcomings of impersonal Big Data are also visible in suicidology [68]. “Dirty” or incomplete data lead to erroneous conclusions and strategies. TRD overstated when turned on persons with insufficient/excessive individual doses of blood pressure (not identified by registers). Those who died (died by suicide) before were defined as patients with tDD in third course of AD or torn off treatment, for example, due to hopelessness. There is no information on reasons for changes in medication regimen. In registry analyses (e.g., [17]), suicidal ideation (without detail) is considered together with attempts, suicidal and non-suicidal self-harm (parasuicides) are not separated, but their contribution to the prediction of the risk of SB is different [69]. In retrospective studies (e.g., [12]), systematic error prevents the determination of a causal relationship between demographic and clinical characteristics of patients and SB.

Data from the daily practice of one medical institution (for example, [29]) may introduce selection bias and limit the generalizability of the results due to unequal access to care without ratings separate psychopathological domains via evaluation scales in dynamics. Limited data on characteristics of patients of the group risk SP among tDD and TRD because of differences between regions and countries. Information on SB is limited to “serious” attempts with medical consequences and/or obtained from patient self-reports, but “unreliable witnesses” have difficulty distinguishing between suicidal and non-suicidal self-harm (typically in TRD+ BPD).

The epidemiology of SB has been underestimated since Durkheim. The adequacy of the definition of SB and its risk [57, 70] is insufficient. With a strict definition, the number of suicides is almost $\frac{1}{2}$ lower. On the contrary, the real level of suicides (especially female) is twice as high as the official one, taking into account latent suicides [71]. To reduce the likelihood of misclassification, “accidents” of undetermined cause may be classified as suicides if 80% of deaths with undetermined intent and 90% of “accidental” drug (narcotic) self-poisonings are suicides [62].

There is scant information on the comorbidity of patients with DD and TRD, somatic burden is more common in older age, psychiatric (especially TRD in young people) is usually not identified, and domestic statistical forms do not require this, as well as the identification of patients in the risk group for SB.

Conclusions

TRD remains a relevant scientific and practical problem as an unmet need of the pa-

пациента, медицинских служб и общества. РД±СП представляет разнородную (как и ДР) по этиопатогенезу, клиническим проявлениям и прогнозу группу.

Трансдиагностическая гипотеза клинически убедительна для РД. Неясно, связана ли РД с уникальными или общими профилями риска СП.

Факторы, связанные с РД [4, 27, 44] служат независимыми факторами риска СП при РД [15, 72] и в населении в целом [36, 73] и/или последствиями РД. Плохая новость: лечение ДР влияет лишь на часть сложного уравнения риска СП. Хорошая – в множестве рычагов перехода от мыслей к поведению и имеющих отношение к многоуровневой оценке и лечению РД (см. Часть 2 Обзора). «Особость» СП при РД определена констелляцией изменчивых и потенциально управляемых факторов риска в динамическом балансе с антисуицидальными.

Пациентов с РД следует рассматривать как ресурсоёмкую группу высокого риска СП. Сочетанные проблемы пациентов и их близких определяют худший клинико-функциональный исход как СП. «Ошеломительные» медицинские и социальные издержки, диспропорционально болезненности РД служат научным обоснованием развития целевых лечебно-профилактических программ. СП отражают недостатки организации лечения, а не фатальность РД. Невозможность ремиссии при последовательных усилиях лечения – основание уточнения тактики биопсихосоциального подхода с углублённым медицинским, клинико-психологическим анализом и мониторингом СП.

Литература / References:

1. Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство. Клинические рекомендации РФ, 2024. [A depressive episode. Recurrent depressive disorder. Clinical guidelines of the Russian Federation, 2024.] (In Russ)
2. Gaynes BN, Lux L, Gartlehner G, et al. Defining treatment-resistant depression. *Depress Anxiety*. 2020; 37: 134-145. DOI: 10.1002/da.22968
3. McIntyre RS, Alsuwaidan M, Baune BT, et al. Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry*. 2023; 22 (3): 394-412. DOI: 10.1002/wps.21120. PMID: 37713549. PMCID: PMC10503923.
4. McAllister-Williams RH, Arango C, Blier P, et al. The identification, assessment and management of difficult-to-treat depression: An international consensus statement. *J. Affect. Disord*. 2020; 267: 264-282. DOI: 10.1016/j.jad.2020.02.023. PMID: 32217227.
5. Paganin W, Signorini S, Sciarretta A. Difficult-to-treat depression. Scoping review. *Clin. Neuropsychiatry*. 2023;

tient, medical services and society. TRD±SB represents a heterogeneous group (like DD) in etiopathogenesis, clinical manifestations and prognosis.

The transdiagnostic hypothesis is clinically compelling for TRD. It is unclear whether TRD is associated with unique or common risk profiles of SB.

Factors associated with TRD [4, 27, 44] serve as independent risk factors for SB in TRD [15, 72] both in the general population [36, 73], and/or consequences of TRD. The bad news is that treatment of DD affects only part of the complex equation of risk for SB. The good news is that it is in the many levers that move from thoughts to behavior and that are relevant to the multi-level assessment and treatment of DD (see Part 2 of the Review). The “specialness” of SB in TRD is determined by the constellation of variable and potentially controllable risk factors in dynamic balance with anti-suicidal ones.

Patients with TRD should be considered as a resource-intensive group at high risk of SB. Combined problems of patients and their relatives determine the worst clinical and functional outcome as SB. "Stunning" medical and social costs, disproportionate to the painfulness of TRD serve as a scientific justification for the development of targeted treatment and prevention programs. SB reflects the shortcomings of the organization of treatment, and not the fatality of TRD. The impossibility of remission with consistent treatment efforts is the basis for refining the tactics of the biopsychosocial approach with in-depth medical, clinical and psychological analysis and monitoring of SB.

- 20 (3): 173-182. DOI: 10.36131/cnforiteditore20230302. PMID: 37522111. PMCID: PMC10375274.
6. WHO. Depression, 2021. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>
7. Adekanattu P, Olfson M, Susser LC, et al. Comorbidity and healthcare utilization in patients with treatment resistant depression: A large-scale retrospective cohort analysis using electronic health records. *J. Affect. Disord*. 2023; 324: 102-113. DOI: 10.1016/j.jad.2022.12.044. PMID: 36529406. PMCID: PMC10327872.
8. Keller MB, Shapiro RW, Lavori PW, Wolfe N. Relapse in major depressive disorder: analysis with the life table. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1982; 39 (8): 911-915. DOI: 10.1001/archpsyc.1982.04290080031005.
9. Gustafsson TT, Taipale H, Lähteenvuo M, et al. Cause-specific mortality in treatment-resistant major depression: Population-based cohort study. *J. Affect Disord*. 2025; 368: 136-142. DOI: 10.1016/j.jad.2024.09.064. PMID: 39271071.
10. Lundberg J, Cars T, Lööv SÅ, et al. Association of treatment-resistant depression with patient outcomes and health care resource utilization in a population-wide study.

- JAMA Psychiatry*. 2023; 80 (2): 167–175. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.3860. PMID: 36515938. PMCID: PMC9856735.
11. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am. J. Psychiatry*. 2006; 163 (11): 1905–1917. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.11.1905. PMID: 17074942.
 12. Любов Е.Б., Сахаров А.В., Яхьяева П.К. и соавт. Клинико-эпидемиологическое исследование больных резистентной депрессией с суицидальным риском: предварительные результаты. *Академический журнал Западной Сибири*. 2022; 18 (1): 30–34. [Lyubov EB, Sakharov AV, Yakhyaeva PK et al. Clinical and epidemiological study of patients with resistant depression with suicidal risk: preliminary results. *Academic Journal of West = Akademicheskii zhurnal Zapadnoï Sibiri Siberia*. 2022; 18 (1): 30–34.] (In Russ)
 13. Borentain S, Nash AI, Dayal R, Dibernardo A. Patient-reported outcomes in major depressive disorder with suicidal ideation: A real-world data analysis using PatientsLikeMe platform. *BMC Psychiatry [Electronic Resource]*. 2020; 20 (1): 384. DOI: 10.1186/s12888-020-02758-y
 14. Nock MK, Hwang I, Sampson N, et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO world mental health surveys. *PLoS Med*. 2009; 6 (8): e1000123. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000123
 15. Reutfors J, Andersson TM, Tanskanen A, et al. Risk Factors for suicide and suicide attempts among patients with treatment-resistant depression: nested case-control study. *Arch. Suicide Res*. 2021; 25 (3): 424–438. DOI: 10.1080/13811118.2019.1691692. PMID: 31774374.
 16. Cai H, Xie X-M, 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
 17. Kern DM, Canuso CM, Daly E, et al. Suicide-specific mortality among patients with treatment-resistant major depressive disorder, major depressive disorder with prior suicidal ideation or suicide attempts, or major depressive disorder alone. *Brain Behav*. 2023; 13 (8): e3171. DOI: 10.1002/brb3.3171. PMID: 37475597. PMCID: PMC10454258.
 18. Mrazek DA, Hornberger JC, Altar CA, Degtiar I. A review of the clinical, economic, and societal burden of treatment-resistant depression: 1996-2013. *Psychiatr. Serv*. 2014; 65 (8): 977–987. DOI: 10.1176/appi.ps.201300059. PMID: 24789696.
 19. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро, 2014. [Suicide prevention: a global imperative. The World Health Organization. Regional Office for Europe, 2014.] (In Russ) <https://iris.who.int/handle/10665/152893>
 20. Brenner P, Reutfors J, Nijs M, Andersson TM. Excess deaths in treatment-resistant depression. *Ther. Adv. Psychopharmacol*. 2021; 11: 20451253211006508. DOI: 10.1177/20451253211006508. PMID: 33912340. PMCID: PMC8047832.
 21. Bergfeld IO, Mantione M, Figuee M, et al. Treatment-resistant depression and suicidality. *J. Affect. Disord*. 2018; 235: 362–367. DOI: 10.1016/j.jad.2018.04.016. PMID: 29665520.
 22. Civardi SC, Besana F, Carnevale Miacca G, et al. Risk factors for suicidal attempts in a sample of outpatients with treatment-resistant depression: an observational study. *Front Psychiatry*. 2024; 15: 1371139. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1371139. PMID: 38585482. PMCID: PMC: 10995380.
 23. Buoli M, Capuzzi E, Caldiroli A, et al. Clinical and biological factors are associated with treatment-resistant depression. *Behav Sci (Basel)*. 2022; 12: 34. DOI: 10.3390/bs12020034
 24. May AM, Klonsky ED, Klein DN. Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study. *J. Psychiatr Res*. 2012; 46: 946–952. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.04.009
 25. Любов Е.Б., Саркисян Г.Р. Депрессивные расстройства: фармакоэпидемиологические и клинико-экономические аспекты. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2006; 16 (2): 93–102. [Lyubov E, Sarkisyan GR. Depressive disorders: pharmacoepidemiological and clinical and economic aspects. *Social and clinical psychiatry*. 2006; 16 (2): 93–102.] (In Russ)
 26. Jensen KJ, Gronemann FH, Ankarfeldt MZ, et al. Healthcare resource utilization in patients with treatment-resistant depression-A Danish national registry study. *PLoS One*. 2022; 17 (9): e0275299. DOI: 10.1371/journal.pone.0275299. PMID: 36166443.
 27. Gronemann FH, Jørgensen MB, Nordentoft M, et al. Treatment-resistant depression and risk of all-cause mortality and suicidality in Danish patients with major depression. *J. Psychiatr. Res*. 2021; 135: 197–202. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.01.014
 28. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *Br. J. Psychiatry*. 2018; 212 (5): 279–286. DOI: 10.1192/bjp.2018.27
 29. Pham TTH, Wu CY, Lee MB, et al. Suicidality trajectory, hopelessness, resilience, and self-efficacy among patients with treatment-resistant depression in Vietnam. *J. Nurs. Res*. 2024; 32 (5): e350. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000630. PMID: 39514778. PMID: 39514778.
 30. Finney Rutten LJ, Hesse BW, St Sauver JL, et al. Health self-efficacy among populations with multiple chronic conditions: the value of patient-centered communication. *Adv. Ther*. 2016; 33 (8): 1440–1451. DOI: 10.1007/s12325-016-0369-7. PMID: 27357639. PMCID: PMC4969324.
 31. Isaac V, Wu C-Y, McLachlan CS, Lee M-B. Associations between health-related self-efficacy and suicidality. *BMC Psychiatry*. 2018; 18 (1): 126. DOI: 10.1186/s12888-018-1705-z
 32. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol. Rev*. 2010; 117 (2): 575–600. DOI: 10.1037/a0018697. PMID: 20438238.
 33. Fawcett J, Busch KA, Jacobs D, et al. Major Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model. *Ann. NY Acad. Sci*. 1997; 836: 288–301. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1997.tb52366.x
 34. Malhi GS, Parker GB, Crawford J, et al. Treatment-resistant depression: resistant to definition? *Acta Psychiatr. Scand*. 2005; 112 (4): 302–309. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00602.x
 35. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol. Bull*. 2017; 143 (2): 187–232. DOI: 10.1037/bul0000084. PMID: 27841450

36. Hawton K, Casanas ICC, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J. Affect. Disord.* 2013; 147: 17–28. DOI: 10.1016/j.jad.2013.01.004. PMID: 23411024.
37. McGinty EE, Presskreischer R, Han H, Barry CL. Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and April 2020. *JAMA.* 2020; 324: 93–94. PMID: 32492088. PMCID: PMC: 7270868.
38. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, et al. Association between mental disorders and subsequent medical conditions. *N. Engl. J. Med.* 2020; 382 (18): 1721–31. DOI: 10.1056/NEJMoa1915784. PMID: 32348643. PMCID: PMC7261506.
39. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. 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
40. Simon GE, Johnson E, Lawrence JM, et al. Predicting suicide attempts and suicide deaths following outpatient visits using electronic health records. *Am. J. Psychiatry.* 2018; 175 (10): 951–960. DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.17101167
41. Major Depression. National Institute of Mental Health. 2019. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtm>
42. Santomauro DF, Vos T, Whiteford HA, et al. Service coverage for major depressive disorder: estimated rates of minimally adequate treatment for 204 countries and territories in 2021. *Lancet Psychiatry.* 2024; 11 (12): 1012–1021. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00317-1 PMID: 39572105. PMCID: PMC11579305.
43. Sharman Moser S, Chodick G, Gelerstein S, et al. Epidemiology of treatment resistant depression among major depressive disorder patients in Israel. *BMC Psychiatry.* 2022; 22 (1): 541. DOI: 10.1186/s12888-022-04184-8. PMID: 35948895. PMCID: PMC9367052.
44. Cepeda MS, Schuemie M, Kern DM, et al. Frequency of rehospitalization after hospitalization for suicidal ideation or suicidal behavior in patients with depression. *Psychiatry Res.* 2020; 285: 112810. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112810. PMID: 32062326.
45. National Center for Health Statistics. NCHS - Leading Causes of Death: United States. National Center for Health Statistics, 2023.
46. Zalpuri I, Rothschild AJ Does psychosis increase the risk of suicide in patients with major depression? A systematic review. *J. Affect. Disord.* 2016; 198: 23–31. DOI: 10.1016/j.jad.2016.03.035
47. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Чапурин С.А., Чурилин Ю.Ю. Стоимостной анализ ДР в отечественных психиатрических службах. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2010; 3: 77–82. [Gurovich IYa, Lyubov EB, Chapurin SA, Churilin YuYu. Cost analysis of DR in domestic psychiatric services. *Journal of Neurology and Psychiatry named after C.C. Korsakov.* 2010; 3: 77–82.] (In Russ)
48. Crown WH, Finkelstein S, Berndt ER, et al. The impact of treatment-resistant depression on health care utilization and costs. *J. Clin. Psychiatry.* 2002; 63 (11): 963–971. DOI: 10.4088/jcp.v63n1102. PMID: 12444808.
49. Baig-Ward KM, Jha MK, Trivedi MH. The individual and societal burden of treatment-resistant depression: an overview. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2023; 46 (2): 211–216. DOI: 10.1016/j.psc.2023.02.001. PMID: 37149341. PMCID: PMC11008705.
50. Bang Madsen K, Vogdrup Petersen L, Plana-Ripoll O, et al. Early labor force exits in patients with treatment-resistant depression: an assessment of work years lost in a Danish nationwide register-based cohort study. *Ther. Adv. Psychopharmacol.* 2020; 10: 2045125320973791. DOI: 10.1177/2045125320973791. PMID: 33282176.
51. Zhdanova M, Pilon D, Ghelerter I, et al. The prevalence and national burden of treatment-resistant depression and major depressive disorder in the United States. *J. Clin. Psychiatry.* 2021; 82 (2): 20m13699. DOI: 10.4088/JCP.20m13699. PMID: 33989464.
52. Huong PTT, Wu C-Y, Lee M-B, Chen I-M. Associations of suicide risk and community integration among patients with treatment-resistant depression. *Front. Psychiatry.* 2022; 13: 806291. DOI: 10.3389/fpsy.2022.806291. PMID: 35308876. PMCID: PMC8924132.
53. Li G, Fife D, Wang G, et al. All-cause mortality in patients with treatment-resistant depression: A cohort study in the US population. *Ann. Gen. Psychiatry.* 2019; 18: 23. DOI: 10.1186/s12991-019-0248-0
54. Madsen KB, Plana-Ripoll O, Musliner KL, et al. Cause-specific life years lost in individuals with treatment-resistant depression: A Danish nationwide register-based cohort study. *J. Affect. Disord.* 2021; 280 (Pt A): 250–257. DOI: 10.1016/j.jad.2020.11.042. PMID: 33220561.
55. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.В. Социально-экономическое бремя суицидальной смертности в России. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2013; 23 (2): 38–44. [Lyubov EB, Morev MV, Falaleeva OV. Socio-economic burden of suicidal mortality in Russia. *Social and clinical psychiatry.* 2013; 23 (2): 38–44.] (In Russ)
56. Corral R, Alessandria H, Agudelo Baena LM, et al. Suicidality and quality of life in treatment-resistant depression patients in Latin America: secondary interim analysis of the TRAL study. *Front. Psychiatry.* 2022; 13: 812938. DOI: 10.3389/fpsy.2022.812938
57. Jaffe DH, Rive B, Deneer TR. The humanistic and economic burden of treatment-resistant depression in Europe: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2019; 19 (1): 247. DOI: 10.1186/s12888-019-2222-4
58. Johnston KM, Powell LC, Anderson IM, et al. The burden of treatment-resistant depression: A systematic review of the economic and quality of life literature. *J. Affect. Disord.* 2019; 242: 195–210. DOI: 10.1016/j.jad.2018.06.045
59. Борисоник Е.В., Любов Е.Б. Клинико - психологические последствия суицида для семьи жертвы. *Консультативная психология и психотерапия.* 2016; 24 (3): 25–41. [Borisonik EV, Lyubov EB. Clinical and psychological consequences of suicide for the victim's family. *Counseling psychology and psychotherapy.* 2016; 24 (3): 25–41.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.20162403003
60. Cheng C, Chen M, Tsai S, et al. Susceptibility to Treatment-Resistant Depression Within Families. *JAMA Psychiatry.* 2024; 81 (7): 663–672. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2024.0378
61. Rockett IRH, Ali B, Caine ED, et al. Escalating costs of self-injury mortality in the 21st century United States: an interstate observational study. *BMC Public Health.* 2023; 23 (1): 285. DOI: 10.1186/s12889-023-15188-8. PMID: 36755229. PMCID: PMC9906586.
62. Dunner DL, Rush AJ, Russell JM, et al. Prospective, long-term, multicenter study of the naturalistic outcomes of patients with treatment-resistant depression. *J. Clin. Psychiatry.* 2006; 67 (5): 688–695. DOI: 10.4088/jcp.v67n0501. PMID: 16841617.

64. Fekadu A, Wooderson SC, Markopoulou K, et al. What happens to patients with treatment-resistant depression? A systematic review of medium to long term outcome studies. *J. Affect. Disord.* 2009; 116: 4–11. DOI: 10.1016/j.jad.2008.10.014. PMID: 19007996.
65. Lage I, McCoy TH, Perlis RH, Doshi-Velez F. Efficiently identifying individuals at high risk for treatment resistance in major depressive disorder using electronic health records. *J. Affect. Disord.* 2022; 306: 254–259. DOI: 10.1016/j.jad.2022.02.046. PMID: 35181388.
66. Berlim MT, Turecki G. Definition, assessment, and staging of treatment-resistant refractory major depression: a review of current concepts and methods. *Can. J. Psychiatry.* 2007; 52 (1): 46–54.
67. Coley RY, Johnson E, Simon GE, et al. Racial/ethnic disparities in the performance of prediction models for death by suicide after mental health visits. *JAMA Psychiatry.* 2021; 78 (7): 726–734. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0493
68. Любов Е.Б. Размышления о суицидальном поведении. Прекрасное далеко, не будь ко мне жестоко. *Независимый психиатрический журнал.* 2023; I: 79-86. [Lyubov EB. Reflections on suicidal behavior. The beautiful is far away, don't be cruel to me. *An independent psychiatric journal.* 2023; I: 79-86.] (In Russ)
69. Kim SH, Kim HJ, Oh SH, Cha K. Analysis of attempted suicide episodes presenting to the emergency department: comparison of young, middle aged and older people. *Int. J. Ment. Health Syst.* 2020; 14: 46. DOI: 10.1186/s13033-020-00378-3
70. Любов Е.Б., Банников Г.С., Зотов П.Б. Суицидальная терминология: в научных исследованиях и клинической практике. Часть I. *Суицидология.* 2024; 15 (3): 3–19. [Lyubov EB, Bannikov GS, Zotov PB. Suicidological terminology in scientific research and clinical practice. Part I. *Suicidology = Suicidologiya.* 2024; 15 (3): 3-19.] (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.24-15-03(56)-3-19
71. Морев М.И., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект. *Суицидология.* 2014; 1: 3–11. [Morev MI, Shmatova YuE, Lyubov EB. Dynamics of suicidal mortality in Russia: the regional aspect. *Suicidology = Suicidologiya.* 2014; 1: 3–11.] (In Russ)
72. Cepeda MS, Repp J, Ryan P. Finding factors that predict treatment-resistant depression: results of a cohort study. *Depress Anxiety.* 2018; 35 (7): 668–673. DOI: 10.1002/da.22774
73. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, et al. Suicide and suicide risk. *Nat. Rev. Dis. Primers.* 2019; 5 (1): 74. DOI: 10.1038/s41572-019-0121-0. PMID: 31649257.

SUICIDAL BEHAVIOR IN RESISTANT DEPRESSION. PART I: PREVALENCE, CLINICAL PICTURE, BURDEN

*E.B. Lyubov*¹,
*P.B. Zotov*²

¹Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru
²Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

Abstract:

Treatment-resistant depression (TRD) is associated with a higher risk of suicidal behavior (SB) than in depressive disorder prone to treatment, and SB should be considered as its separate outcome. Risk factors for SB in TRD are similar to those in the general population and serve as risk factors and/or contribute to the socioeconomic burden of TRD.

Keywords: treatment-resistant depression, suicidal behavior, prevalence, risk factors, burden

Вклад авторов:

E.B. Lyubov: разработка дизайна исследования, написание и редактирование текста рукописи;

P.B. Zotov: написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

E.B. Lyubov: developing the research design, writing and editing of the text of the manuscript;

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

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 09.11.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 07.12.2024.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б. Суицидальное поведение при резистентной депрессии. Часть I: распространенность, клиническая картина, бремя. *Суицидология.* 2024; 15 (4): 51-66. doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-04(57)-51-66

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B. Suicidal behavior in resistant depression. Part I: prevalence, clinical picture, burden. *Suicidology.* 2024; 15 (4): 51-66. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-04(57)-51-66

САМОУБИЙСТВА СРЕДИ МОРЕПЛАВАТЕЛЕЙ: ОТ ЛЕГЕНД АНТИЧНОСТИ ДО НАШИХ ДНЕЙ

В.А. Розанов

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

ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург, Россия

SUICIDES AMONG SEAFARERS: FROM ANTIQUITY LEGENDS TO CONTEMPORARY CONTEXT

V.A. Rozanov

St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

Сведения об авторе:

Розанов Всеволод Анатоліевич – доктор медіцинських наук, професор (SPIN-код: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Место работы и должность: профессор кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6. Телефон: +7 (812) 324-25-74; Главный научный сотрудник отделения пограничных расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». Адрес: Россия, 192019, ул. Бехтерева, 3. Телефон: +7 (812) 324-25-74, электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

Information about the author:

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

В последние годы в различных источниках все чаще поднимается вопрос о самоубийствах среди моряков торгового флота. Необходим анализ данной проблемы с точки зрения возможных причин увеличения числа случаев и разработки рациональных подходов к превенции, учитывая особенности труда данного контингента. *Методика.* Описательный обзор, базирующийся на поиске как в научных, так и сетевых источниках, с учётом всех возможных аспектов проблемы – суицидологических, медицинских, профессиональных, гигиенических, экономических и правовых. *Результаты.* Объективных данных в этой области мало, все исследования, основанные на учёте смертности и её причин, касаются второй половины прошлого века. Эти источники устарели и к тому же дают противоречивую информацию, в ряде случаев индексы среди моряков существенно ниже, чем среди работающих мужчин в общей популяции, иногда – на том же уровне. Некоторые академические структуры в последние годы дают осторожные оценки, свидетельствующие о росте смертности моряков торгового флота. Существует значительная неопределённость в квалификации произошедшего, поскольку часто люди просто исчезают с борта судна. В то же время, современные сетевые источники, принадлежащие профессиональным союзам, морскому бизнесу или общественным организациям, рисуют довольно мрачную картину, утверждая о многократном росте за последние годы. Суициды на борту непосредственно связаны с возросшим уровнем стресса и психоэмоционального напряжения на рабочих местах, в том числе, в связи с пандемией. Многие источники связывают неблагоприятную динамику с глобальными изменениями, произошедшими в морском бизнесе за последние десятилетия, исчезновением национальных пароходств, политикой крупных судоходных компаний, минимизирующих свои расходы за счёт найма более дешёвой рабочей силы и интенсификации труда в отрасли. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что ведущей проблемой в настоящее время является ухудшение психического здоровья моряков, распространение тревоги, депрессии и суицидальных мыслей в условиях малочисленных межнациональных разноязычных экипажей, с высокой вероятностью конфликтов и буллинга. Одной из вероятных причин может быть приход на флот

молодых кадров с имеющимися проблемами психического здоровья, интернет-зависимостью и недостаточной стрессоустойчивостью. *Заключение.* Суициды среди моряков, судя по всему, имеют тенденцию к росту. Активная позиция многих профессиональных структур влияет на судоходные компании и стимулирует разнообразные меры превенции, основанные преимущественно на онлайн-технологиях, приложениях, опросах и распространении позитивных рекомендаций по укреплению психического здоровья моряков. Представляется целесообразным усилить образовательные подходы при подготовке кадров судоводителей в профильных вузах и активизировать повышение квалификации врачей медкомиссий по отбору плавсостава в сфере психического здоровья.

Ключевые слова: суицид, мореплаватели, исторические факты, современный морской торговый флот, психическое здоровье моряков, превенция

Самоубийства среди мореплавателей – это тема, имеющая несколько измерений. С одной стороны, можно обратиться к историческим фактам, в том числе, уходящим вглубь веков, включая многочисленные мифы и легенды, распространённые среди моряков, о бесследном исчезновении с борта судна, о кораблях-призраках и т.д. [1, 2]. С другой – можно проанализировать, как изменилась ситуация за последние 50 лет, и каковы тенденции сегодня на торговом и военном флоте. В первом варианте (торговый флот и всё, что с ним связано) эта тема воспринимается как частный случай проблемы суицидальных рисков внутри различных профессиональных групп [3]. Во втором варианте – как частный случай проблемы суицидов в вооружённых силах [4]. При этом неминуемо возникают вопросы – рассматривать ли самоубийства только на борту корабля, то есть во время рейса (миссии, задания)? Или принимать во внимание прежде всего факт принадлежности к морской профессии, а обстоятельства (в море, во время стоянки, в межрейсовом периоде) учитывать только как вторичные? Учитывая специфический профессиональный контекст (обычно человек, став мореплавателем, отдаёт этому всю свою жизнь, и его профессия накладывает отпечаток на все её обстоятельства) необходимо рассмотреть, насколько это возможно, все варианты. С точки зрения превенции, в первую очередь важно проанализировать возможности во время нахождения в море, когда ресурсы ограничены. Эти соображения были положены в основу нашего описательного обзора, посвящённого данной проблеме.

Методика

Осуществлялся поиск информации из всех возможных источников, как научных (PubMed, eLibrary, Киберленинка), так и сетевых поисковиков (Google, Yandex) по ключевым словам «самоубийство моряка», «самоубийства мореплавателей», «суицид на торговом флоте», «суицид на судне», с учётом всех

Suicide among seafarers is a topic with several dimensions. On the one hand, it is possible to refer to historical facts, including numerous myths and legends spread among seafarers about disappearance without a trace from the ship, about ghost ships, etc. [1, 2]. On the other hand, it is possible to analyze how the situation has changed over the last 50 years, and what are the trends today in the merchant and military fleets. In the first variant (merchant fleet and everything related to it), this topic is perceived as a special case of the problem of suicide risks within various professional groups [3]. In the second variant – as a special case of the problem of suicides in the armed forces [4]. When discussing this problem questions inevitably arise – should suicides be considered only on board a ship, i.e. during a voyage (mission, assignment)? Or should the fact of belonging to a maritime profession be taken into account first and foremost, and the circumstances (at sea, during anchorage, between voyages) be considered only as secondary? Taking into account the specific professional context (usually a person, having become a mariner, gives his whole life to it, and his profession imprints on all its circumstances) it is necessary to consider, as far as possible, all options. From a prevention perspective, it is most important to analyze the options while being at sea when resources are limited. These considerations formed the basis of this narrative review.

Methodology

We searched for information from all possible sources, both scientific (PubMed, eLibrary, Cyberleninka) and network search engines (Google, Yandex) using the key words “suicide of a sailor”, “suicide of seafarers”, “suicide in the merchant fleet”, “su-

возможных аспектов проблемы – суицидологических, медицинских, профессиональных, гигиенических, экономических и правовых.

Проблема, которая скрывается

Прежде всего, необходимо подчеркнуть *актуальность* данной темы и её латентность, закрытость. В широком общественном сознании суициды среди моряков не привлекают какого-то особого внимания, как будто такая проблема не существует. Однако при знакомстве с профессиональными морскими сетевыми источниками (он-лайн газетами, бюллетенями различных организаций, связанных с морским бизнесом, сообщениями морских блогеров и различными тематическими веб-сайтами) появляется ощущение серьёзности происходящего. Так, в разделе «Происшествия» на различных сайтах по морской тематике часто фигурируют такие сообщения «моряк найден повешенным в каюте», «при неизвестных обстоятельствах моряк выпал за борт и погиб», «на борту судна скончался член экипажа, по предварительным данным, он совершил самоубийство» и т.д. Сообщения крайне скудные, не содержат, как правило, какой-либо информации о возрасте и об обстоятельствах происшествия, однако почти всегда упоминают название судна, владельца, а также регион или порт, где это произошло.

Определённую информацию можно почерпнуть из периодически публикуемых отчётов о смертельных случаях на борту судов. Так, в соответствующем отчёте, касающемся экипажей судов под флагом Великобритании за 1996-2005 гг., приводятся данные о 32 травмах со смертельным исходом и утоплениях, 59 смертях вследствие заболеваний, четырёх суицидах и 22 случаях при невыясненных обстоятельствах [5]. При этом автор прямо говорит о том, что «власти часто не хотят огорчать родных и друзей, сообщая им о смерти от самоубийства, если нет веских доказательств, например, предсмертной записки. Вполне вероятно, что некоторые из девяти человек, пропавших в море, и восемь человек, которые пропали без вести, но впоследствии были найдены утонувшими, также были самоубийцами» [5]. В более позднем аналогичном отчёте авторы обратились к 30 морским компаниям, но получили данные только от 7 на условиях анонимности, то есть отчёт априори носит неполный характер. В нём делается вывод о том, что за этот период, при общей тенденции к снижению смертельных случаев, самоубийства составили 3,8% от общего числа смертей на борту [6]. При этом ком-

icide onboard a ship”, taking into account all possible aspects of the problem - suicidal, medical, professional, hygienic, economic and legal.

Relevance. The problem that is hidden

First of all, it is necessary to emphasize the relevance of this topic and its latency, closedness. In the broad public consciousness suicides among seafarers do not attract any special attention, as if such a problem does not exist. However, when getting acquainted with professional maritime online sources (online newspapers, bulletins of various organizations related to maritime business, reports of maritime bloggers and various thematic websites), one gets a sense of the seriousness of what is going on. For example, in the section “Incidents” on various maritime websites there are often such messages as “a sailor was found hanged in his cabin”, “a sailor fell overboard and died under unknown circumstances”, “a crew member died on board the ship, according to preliminary data, he committed suicide”, etc. The reports are extremely sparse, usually lacking any information on the age and circumstances of the incident, but almost always mentioning the name of the ship, the owner, and the region or port where it occurred.

Some information can be obtained from periodically published reports on fatalities on board ships. For example, the corresponding report on the crews of British flagged vessels for 1996-2005 contains data on 32 fatal injuries and drownings, 59 deaths due to diseases, four suicides and 22 cases in unclear circumstances [5]. It is remarkable that the author explicitly states that “authorities often do not want to upset family and friends by reporting deaths by suicide unless there is strong evidence, such as a suicide note. It is likely that some of the nine people missing at sea and the eight people who went missing but were later found drowned were also suicides” [5]. In a more recent similar report, the authors contacted 30 maritime companies, but received data from only 7 on condition of anonymity, i.e. the report is a priori incomplete. It concludes that during this period, with a general downward trend in fatalities, suicides accounted for 3,8% of the total number of

пании начали систематически предоставлять данные о суицидах на судах своей юрисдикции только начиная с 2007 г. (предположительно ранее они просто входили в общее число смертей без детализации), и в отдельные годы суициды составляли до 15% всех смертей [6]. В связи с этим уместно процитировать характерный заголовок на ресурсе <https://www.seafarersjournal.com/>: «Тайна, покрытая мраком: о суицидах на судах молчат, чтобы не омрачать репутацию судовладельца» [7].

Интересные данные предоставляет современная морская блогосфера. Так, на канале морского капитана Тимура Рудова (183 тыс. подписчиков)¹ был размещен 20-минутный рассказ о суициде на борту. Речь шла об ошибке старшего механика (возраст 50 лет), которая привела к серьёзным экономическим последствиям. Старший механик, у которого ранее уже была нештатная ситуация, не вынес всего произошедшего и покончил с собой на борту судна [8]. Интересен не сам случай (вероятно, достаточно типичный, поскольку ответственность на судах у командного состава за свои действия очень высока, и на кону часто стоит вся карьера моряка), а реакция подписчиков блога. Из 148 комментариев (сохранившихся в течение месяца), в 21 из них подписчики припомнили случай самоубийства на борту (причём, иногда не один), с которым пришлось столкнуться за всю морскую карьеру. Общий тон комментариев – сочувственный по отношению к жертвам суицида, с попытками найти объяснения произошедшему (плохие новости из дома, тяжёлый диагноз, проблемы в семье, в отношениях, конфликт на борту, буллинг со стороны команды, несправедливость со стороны начальства, алкоголь), и при этом – признание того, что каждая такая ситуация представляет собой большую проблему на борту, в чужих водах, с огромными последствиями в виде расследований и т.д. Поэтому всегда есть соблазн отнести произошедшее за счёт несчастного случая (падение за борт во время шторма, неосторожность, усталость экипажа и т.д.).

Таким образом, скорее всего правы те, кто заявляет о суицидах среди моряков как о серьёзной проблеме, которая в силу различных причин, и в связи с интересами различных сторон (судовладельческие компании, страховые фирмы, морские капитаны, органы расследования происшествий на судах), оста-

deaths on board [6]. At the same time, companies began to systematically report data on suicides on ships of their jurisdiction only from 2007 onwards (presumably earlier they simply included them in the total number of deaths without details), and in some years suicides accounted for up to 15% of all deaths [6]. In this regard, it is appropriate to quote a characteristic headline on the resource <https://www.seafarersjournal.com/>: “Mystery shrouded in darkness: suicides on ships are kept silent in order not to tarnish the reputation of the shipowner” [7].

Interesting data is provided by the modern maritime blogosphere. For example, the channel of sea captain Tymur Rudov (183 thousand subscribers) posted a 20-minute story about suicide on board. It was about the mistake of a chief engineer (age 50), which led to serious economic consequences. The master mechanic, who already had a previous emergency situation, could not bear all that had happened and committed suicide on board the ship [8]. Is not the case itself that is interesting (probably rather typical, since the responsibility of engineering staff for their actions on ships is very high, and often the entire career of a seafarer is at stake), but the reaction of the blog subscribers. Out of 148 comments (saved during the month), in 21 of them subscribers recalled a case of suicide on board (and sometimes more than one) that they had encountered during their entire maritime career. The general tone of the comments is sympathetic towards the suicide victims, with attempts to find explanations for what happened (bad news from home, severe diagnosis, family problems, relationship problems, conflict on board, bullying by the crew, injustice from superiors, alcohol), while recognizing that every such situation is a big problem on board, in foreign waters, with huge consequences in the form of investigations, etc. So there is always the temptation to attribute what happened to an accident (falling overboard in a storm, carelessness, fatigue of the crew, etc.).

Thus, those who claim that suicides among seafarers are a serious problem, which, for various reasons and due to the

¹ Capt. Tymur Rudov. <https://www.youtube.com/watch?v=Mrbzd2uFZJA>

ётся очень недооценённой, латентной, во многом скрытой от постороннего взгляда. Это очень затрудняет её объективный анализ.

Сведения из мифологии и литературы

Морские мифы и легенды чрезвычайно живучи и, несмотря на то что мы живем в XXI веке, где, казалось бы, нельзя скрыться от наблюдения и объективной информации, продолжают пользоваться популярностью и влиять на умы мореплавателей. Известны многочисленные истории и поверья, связанные с водой и водоёмами, относительно того, что русалки, сирены, nereиды и наяды способны «затянуть под воду» человека. Как известно, Одиссей приказал залепить уши воском своей команде, а самого себя привязать к мачте, чтобы не поддаться сладким голосам сирен, из-за которых моряки, якобы, бросались в воду и погибали. Многочисленные верования и рассказы о сиренах и русалках являются частью фольклора многих стран, приписывая им как положительные, так и отрицательные качества [8]. Есть вполне рациональные объяснения этим мифам – моряки в условиях длительного плавания и изоляции, на фоне эротических переживаний и длительного воздержания могли принимать за этих существ некоторых морских животных, в частности, ламантинов. Возможно и другое – «голоса моря», навеянные монотонностью длительного путешествия, изоляцией, ощущением потерянности в бескрайних просторах моря или океана, могли становиться причиной кратковременного помрачения, толкающего на самоубийство.

Известны также истории о кораблях без экипажа, на которых не было никаких признаков борьбы или насилия, как будто вся команда покинула корабль посреди океана [9]. В числе вероятных причин этого, наряду с такими, как волнение моря, преступления на борту, алкоголь или пиратство, упоминается в том числе и самоубийство [9]. Существует, в частности, гипотеза о суицидогенном влиянии инфразвука, генерируемого волнением моря или порывами ветра [1, 2, 9]. Возникновение инфразвуковых волн над морской поверхностью – научно подтверждённое явление, изучаемое различными физическими и математическими методами [10]. Известно, что инфразвук вызывает целый комплекс неблагоприятных физиологических нарушений, включая головокружение, тошноту, ощущение вибрации внутренних органов, затруднение дыхания, безотчетную тревогу, страх, раздражительность, головную

interests of various parties (shipowners, insurance companies, sea captains, ship accident investigation authorities), remains very underestimated, latent, and largely hidden from view. This makes it very difficult to analyze it objectively.

Information from mythology and literature

Nautical myths and legends are extremely resilient and, despite the fact that we live in the 21st century, where it seems impossible to hide from observation and objective information, continue to enjoy popularity and influence the minds of seafarers. There are numerous stories and beliefs related to water and reservoirs, concerning the fact that mermaids, sirens, nereids and naiads are able to “pull a person under water”. It is known that Odysseus ordered to put wax in the ears of his crew, and to tie himself to the mast in order not to succumb to the sweet voices of sirens, because of which sailors allegedly threw themselves into the water and died. Numerous beliefs and stories about sirens and mermaids are part of the folklore of many countries, attributing to them both positive and negative qualities [8]. There are quite rational explanations for these myths – sailors in conditions of long voyages and isolation, haunted by erotic experiences under long abstinence could take for these creatures some marine animals, in particular, manatees. Another possibility is that the “voices of the sea”, inspired by the monotony of a long voyage, isolation, the feeling of being lost in the vast expanse of the sea or ocean, could become the cause of short-term obscurity, pushing to suicide.

There are also stories of crewless ships that showed no signs of struggle or violence, as if the entire crew had abandoned ship in the middle of the ocean [9]. Suicide has been cited as one of the likely causes, along with sea agitation, crime on board, alcohol or piracy [9]. There is, in particular, a hypothesis about the suicidogenic effect of infrasound generated by sea waves or wind gusts [1, 2, 9]. The occurrence of infrasound waves over the sea surface is a scientifically confirmed phenomenon studied by various physical and mathematical methods [10]. It is known that infrasound causes a whole

боль и другие неприятные и болезненные симптомы [11]. Нельзя исключить, что инфразвук относится к числу тех внешних (экологических) факторов, которые способны влиять на суицидальное поведение, наряду с погодными условиями, гелиогеомагнитными влияниями и другими природными явлениями [12].

Если говорить о примерах из литературы, то конечно же, необходимо вспомнить роман «Мартин Иден», который заканчивается самоубийством знаменитого писателя, ранее простого моряка. Это главное и, несомненно, автобиографическое произведение Джека Лондона, чья смерть в возрасте 41 года от передозировки морфия, вероятно, была самоубийством. Всё, что предшествовало самоубийству главного героя, потерявшего веру в жизнь и охваченного глубоким разочарованием, описано очень детально, включая такие симптомы как инсомния, ангедония, раздражительность, мучительный поиск выхода. Характерно, что решение покончить с собой приходит на борту пассажирского лайнера в тропиках, когда внутренний душевный мрак особенно сильно контрастирует с «невыносимым блеском жизни», и когда жара и влажность усугубляют подавленное настроение. Провоцирующая роль такой контрастности отмечалась в научной суицидологической литературе [13]. Характерно также, что решение приходит как озарение при чтении стихов, в которых иносказательно говорится о самоубийстве. Поражает детальность описания самого процесса гибели от утопления (ночью, в теплых экваториальных водах) и борьба между инстинктом жизни и смерти. Последние мысли героя, когда он уже понимает, что возврата нет: «Он перехитрил волю к жизни. Он был уже слишком глубоко. Ему уже не всплыть на поверхность».

В этом (и в последующих) разделах кажется уместным привести (в оригинальном виде) несколько комментариев к уже упомянутому рассказу морского капитана-блогера о суициде на судне:

«Почему море на психику некоторых людей так влияет, что они хотят за борт выйти, науке неизвестно, но это факт. Да и, как не странно, но мысли в этот момент вполне логично себе работают. До ближайшего порта две недели ходу, поэтому полицию не вызовут, и санитары не прибегут закладывать в дурку. Да и вообще никто не увидит, и никто не услышит. А если выходить за борт в ночь глухую, то до утра вообще и не хватятся...».

complex of unfavorable physiological disorders, including dizziness, nausea, sensation of vibration of internal organs, breathing difficulties, unaccountable anxiety, fear, irritability, headache and other unpleasant and painful symptoms [11]. It cannot be excluded that infrasound is among those external (environmental) factors that can influence suicidal behavior, along with weather conditions, heliogeomagnetic influences and other natural phenomena [12].

While talking about examples from literature, of course, we must remember the novel “Martin Eden”, which ends with the suicide of the famous writer, formerly a simple sailor. This is the major and undoubtedly autobiographical work of Jack London, whose death at the age of 41 from an overdose of morphine was probably a suicide. Everything that preceded the suicide of the protagonist, who had lost faith in life and was gripped by deep disillusionment, is described in great detail, including such symptoms as insomnia, anhedonia, irritability, and an agonizing search for a way out. Characteristically, the decision to commit suicide comes aboard a passenger liner in the tropics, when the inner mental darkness contrasts particularly strongly with the “unbearable splendor of life,” and when the heat and humidity exacerbate the depressed mood. The provocative role of such contrast has been noted in scientific suicidological literature [13]. It is also characteristic that the decision comes as an epiphany when reading poems that allegorize suicide. The detail of the description of the very process of death by drowning (at night, in warm equatorial waters) and the struggle between the instinct of life and death is striking. The hero's last thoughts when he realizes that there is no return: “He had outwitted the will to live. He was already too deep. He could never come to the surface again”.

In this (and subsequent) sections, it seems appropriate to provide (in original form) a few comments on the already mentioned sea captain-blogger's account of suicide on a ship:

“Why the sea affects the psyche of some people so much that they want to

«Много лет ходил в моря. Часто ловил себя на том, что океан – это ровная, твердая плита, вот спустись и гуляй спокойно – это происходит, когда океан гладкий, как стекло, а ты стоишь и смотришь возле лееров на него. Не смотрите долго на такую красоту – заманит!»

Таким образом, на корабле, в этой металлической коробке, пропитанной электромагнитными излучениями, в открытом море, в условиях качки, постоянного шума и вибрации, во время ночных смен, особенно на фоне депрессивных переживаний, есть место ощущению потерянности и одиночества среди бескрайних просторов, а также, не исключено – суицидальным мыслям.

Данные объективных исследований и опросов

Исследований в этой области очень мало, поэтому оценить, подвержены ли моряки более высокому риску самоубийств по сравнению с населением в целом, с мужчинами трудоспособного возраста, или любой другой профессиональной группой, достаточно сложно. Исследования риска самоубийств в связи с профессиональной принадлежностью проводились неоднократно, но они не уделяли особого внимания морскому персоналу, можно лишь искать ассоциации с инженерными профессиями. Например, Stack в конце прошлого века [14] проанализировал данные о смертности в 21 штате США в связи с профессией, и пришел к выводу, что у механических рабочих и инженеров риск несколько повышен, но всё же он ниже, чем у медиков, стоматологов и представителей творческих профессий (художников, математиков и т.д.). Позднее Roberts, Jaremin и Lloyd, опираясь на данные национальных регистров Великобритании, проанализировали смертность среди 30 профессиональных групп. Оказалось, что моряки торгового флота занимают в этом списке 2-3-е место после ветеринаров и шахтеров с уровнями смертности порядка 68-73 на 100000 [15]. По последним оценкам в США среди индустрий, в которых наблюдаются более высокие, чем в среднем по стране, уровни суицидов, упоминаются транспорт и логистика, а среди мужских профессий – рыболовецкий промысел [16].

Систематические исследования, посвященные самоубийствам среди моряков, проводились британскими и польскими специалистами. В частности, Roberts представил данные о причинах и обстоятельствах всех смертей среди моряков, работавших на судах под флагом острова Мэн (офшорная зона и

go overboard is unknown to science, but it is a fact. Yes, and, strangely enough, but the thoughts at that moment work quite logically. It's two weeks to the nearest port, so the police won't be called, and the orderlies won't come to put me in a nuthouse. And no one will see or hear. And if you go overboard in the middle of the night, they won't even miss you until morning.”

“I've been sailing for many years. Often caught myself that the ocean is a flat, hard slab, just come down and walk in peace - it happens when the ocean is smooth as glass, and you stand and look at it near the leers. Don't look long at such beauty – it will lure you in!”

Thus, on the ship, in this metal box, impregnated with electromagnetic fields, on the open sea, in the conditions of rocking, constant noise and vibration, during night shifts, especially against the background of depressive feelings, there is room for a feeling of loss and loneliness among the vast expanses, as well as, not excluded - suicidal thoughts.

Objective research and survey data

Research in this area is scarce, so it is difficult to evaluate whether seafarers are at higher risk of suicide than the general population, working-age men, or any other occupational group. Studies of suicide risk in relation to occupation have been conducted many times, but they have not focused on maritime personnel; one can only look for associations with engineering occupations. For example, Stack at the end of the last century [14] analyzed data on occupation-related mortality in 21 US states and concluded that mechanical workers and engineers have a slightly increased risk, but it is still lower than that of medical, dental, and creative professions (artists, mathematicians, etc.). Later Roberts, Jaremin and Lloyd, based on data from the national registers of Great Britain, analyzed mortality among 30 occupational groups. It turned out that merchant seamen occupy the 2-3rd place in this list after veterinarians and miners with mortality rates of about 68-73 per 100000 [15]. According to recent estimates in the United States, among the industries in which suicide rates are higher than the national average, transportation and logistics

налоговая гавань) за 20-летний период с 1986 по 2005 год. Рассчитанный уровень самоубийств составил 1,3 на 100000, что намного меньше, чем в общей популяции [17]. В другой работе Roberts и Marlow изучили смертность среди моряков торгового флота, работавших на судах Королевского вспомогательного флота Великобритании с 1976 по 2005 год, и также сообщили о довольно низком уровне самоубийств (2,6 на 100000) [18]. Среди польских моряков торгового и рыболовецкого флота за 40-летний период с 1960 по 1999 год был выявлен 51 случай самоубийства. Если учесть, что численность обследованного населения составляла 25000 человек в год, это даёт показатель 5,7 на 100000, что также заметно ниже обычных значений среди мужчин в Польше [19].

В то же время, есть и другие данные. Так, в 1965-1977 годах уровень самоубийств среди офицерского состава финского торгового флота был аналогичен уровню самоубийств среди профессионально активных мужчин в общей популяции, тогда как уровень самоубийств среди членов экипажа был в 2,5 раза выше [20]. При этом было замечено, что многие покончившие с собой моряки находились в море 5-10 лет, и в ходе своей карьеры часто меняли суда [20]. В аналогичном исследовании, посвящённом шведским морякам, в период 1984-1988 гг. уровень смертности от самоубийств составил 25 на 100000 за год в плавании [21]. В Дании, с использованием всех возможных источников информации (данных морских властей, страховых и судоходных компаний, больниц, регистров смерти и свидетельств о смерти) в период с 1986 по 1993 г. рассчитанный уровень самоубийств среди моряков составил 12 на 100000 за год пребывания в рейсе [22].

Таким образом, данные сильно разнятся. В одних исследованиях показатели смертности оказались намного ниже, чем в общей популяции, и уж тем более ниже, чем среди мужчин трудоспособного возраста, даже с учётом вероятности того, что некоторые случаи были не учтены или отнесены к другим причинам. В других – оценки смертности довольно высоки и превышают обычно наблюдаемые среди мужчин трудоспособного возраста. Такие различия, скорее всего, обусловлены разными подходами к поиску соответствующей информации и разными способами расчёта (только на время пребывания в море, или за календарный год). Прочитанные исследования выполнены в основном в конце XX

are mentioned, and among male-associated occupations – fishing [16].

Systematic studies of seafarers' suicides have been conducted by British and Polish experts. In particular, Roberts presented data on the causes and circumstances of all deaths among seafarers working on ships under the flag of the Isle of Man (an offshore zone and tax haven) over a 20-year period from 1986 to 2005. The calculated suicide rate was 1,3 per 100000, much lower than the general population [17]. In another paper, Roberts and Marlow studied mortality among merchant seafarers working on UK Royal Fleet Auxiliary vessels from 1976 to 2005 and also reported a fairly low suicide rate (2,6 per 100000) [18]. Among Polish merchant and fishing seafarers, 51 suicides were identified over a 40-year period from 1960 to 1999. Considering that the surveyed population was 25,000 per year, this gives a rate of 5,7 per 100,000, which is also markedly lower than the usual values among men in Poland [19].

At the same time, there are other data. For example, in 1965-1977, the suicide rate among officers in the Finnish merchant fleet was similar to the suicide rate among professionally active men in the general population, while the suicide rate among crew members was 2,5 times higher [20]. It was observed that many of the seafarers who committed suicide had been at sea for 5-10 years and had changed ships frequently during their career [20]. In a similar study of Swedish seafarers, between 1984 and 1988, the suicide mortality rate was 25 per 100000 per year at sea [21]. In Denmark, using all possible sources of information (data from maritime authorities, insurance and shipping companies, hospitals, death registers and death certificates) between 1986 and 1993, the calculated suicide rate among seafarers was 12 per 100,000 per voyage year [22].

Thus, there is a wide variation in the data. In some studies, mortality rates were much lower than in the general population, and certainly lower than in working-age men, even allowing for the possibility that some cases were missed or attributed to other causes. In others, mortality estimates are quite high and higher than those usually

века, когда еще существовали национальные морские компании (пароходства) и собираемые ими данные еще позволяли делать расчеты смертности. Очевидно, что эти данные устарели, в то же время, новые данные ещё менее объективны, и мы сталкиваемся с большой неопределённостью.

В последние десятилетия, когда морской бизнес приобрёл офшорный характер, и когда подавляющая масса судов, принадлежащих различным компаниям, ходит под «удобными флагами», когда моряки из разных стран свободно нанимаются на работу в различные компании по всему миру, получение достоверной информации ещё больше усложнилось. Определённая роль принадлежит национальным морским администрациям, ответственным за выполнение обязанностей государства в области судоходства. Они призваны регулировать национальные вопросы судоходства и законы в пределах своих территориальных вод и для судов под флагом этой страны, или подпадающих под их юрисдикцию, включая различные происшествия и смертельные случаи. Однако морские администрации, как правило, не ведут статистические расчёты смертности от суицидов [23].

В то же время, в последние годы появились отчёты различных академических центров, занимающихся проблемой психического здоровья, причин репатриации моряков и непосредственно суицида. Так, по результатам интервью с работодателями, организациями социального обеспечения, менеджерами по персоналу в судовых операционных компаниях и представителями международной страховой компании P&I club авторы приходят к выводу, что нет веских доказательств того, что самоубийства среди моряков демонстрируют в последнее время существенный рост. При этом они отмечают, что внимание к этой проблематике в целом значительно возросло [24]. Это противоречит многочисленным заявлениям в различных сетевых источниках, которые призывают к большему вниманию к данной проблеме. В этом отношении представляют интерес выводы опроса, в котором участвовали, наряду с представителями судоходных компаний, страховщиков и менеджмента, еще представители благотворительных организаций и капелланы [25]. Основные выводы сводятся к следующему:

- 1) это серьёзная проблема, требующая более активных действий со стороны морской индустрии;
- 2) она неотъемлемо связана с проблемами пси-

observed among working-age men. These differences are likely due to different approaches to finding relevant information and different methods of calculation (for time at sea only, or per calendar year). The cited studies were carried out mainly at the end of the twentieth century, when national maritime companies still existed and the data collected by them still allowed to make mortality calculations. Obviously, these data are outdated, at the same time, the new data are even less objective, and we are faced with great uncertainty.

In recent decades, when maritime business has become offshore, and when the vast majority of ships belonging to different companies operate under “flags of convenience”, and when seafarers from different countries are freely employed by different companies around the world, obtaining reliable information has become even more difficult. National maritime administrations, which are responsible for fulfilling the state's shipping responsibilities, have a role to play. They are called upon to regulate national shipping issues and laws within their territorial waters and for vessels belonging to a country's flag, or subject to their jurisdiction, including various accidents and fatalities. However, maritime administrations generally do not keep statistical calculations of suicide deaths [23].

At the same time, in recent years, reports from various academic centers dealing with the issue of mental health, the causes of repatriation of seafarers and suicide itself were published. Thus, based on interviews with employers, social security organizations, human resources managers from ship operating companies and representatives of the international insurance company P&I club, the authors conclude that there is no strong evidence that suicides among seafarers have recently demonstrated a significant increase. At the same time, they note that attention to this problem in general has increased significantly [24]. This contradicts numerous statements from various online sources, which call for more attention to this problem. In this respect, the findings of a survey in which representatives of charitable organizations and chaplains participated

хического здоровья и может стать травматическим опытом для всего экипажа;

3) для организаций и работодателей смерть на борту дорого обходится как с финансовой точки зрения из-за длительного расследования, изменений в расписании и необходимости замены экипажа, так и с точки зрения репутации, поскольку это может отпугнуть моряков от найма в эту конкретную организацию;

4) это трудная проблема, и моряки не хотят обсуждать её по культурным и религиозным причинам;

5) при исчезновении моряка с борта судна существует значительная неопределённость относительно того, действительно ли данный случай является самоубийством [25].

«В 2018 году работал на судне, которое стояло на ремонте в порту Ялова (Турция). Судовладелец, который присутствовал на судне, в один из вечеров благополучно проиграл деньги, которые были выделены на ремонт в размере 600 тыс. \$ в казино. По приезду инвесторов, которые выделили эти средства, он из судовладельца превратился в рядового матроса для возмещения этих денег. Не выдержав такого унижения, через два дня повесился на палубе в насосном помещении»

«Я смотрел [видео] одного американского моряка. Он рассказал, что перед тем, как прыгать за борт, снимают обувь. Чтоб по ней команда поняла, что произошло»

Психическое здоровье моряков

В течение многих лет проблемы психического здоровья не были в числе приоритетов в сфере гигиены мореплавания. Ситуация изменилась только в последние десятилетия, и сейчас внимание многих исследователей приковано к проблемам психического здоровья плавсостава даже больше, чем к проблемам соматического здоровья. Проведённые в последние годы опросы дают некоторое представление о потенциальных факторах риска суицида в связи с распространённостью и выраженностью депрессии, тревоги, зависимостей и других расстройств среди плавсостава. Так, структурированные интервью с 1572 членами экипажей торговых судов разных национальностей, показали, что 25% респондентов можно отнести к категории людей с уровнем депрессии, превышающим тот, который обычно наблюдается у других работающих людей или населения в целом, а 17% страдают от повышенной тревожности [26]. Характерно, что 20% респондентов в этом ис-

along with representatives of shipping companies, insurers and management are of interest [25]. The main conclusions are summarized as follows:

1) suicide is a serious problem that requires more action from the maritime industry;

2) it is inherently linked to mental health issues and can be a traumatic experience for the entire crew;

3) deaths on board are costly for organizations and employers, both financially due to lengthy investigations, schedule changes and the need to replace crew, and reputationally as it can discourage seafarers from being employed by that particular organization;

4) it is a difficult problem and seafarers do not want to discuss it;

5) when a seafarer disappears from a ship, there is considerable uncertainty as to whether the case is indeed a suicide [25].

“In 2018, I worked on a vessel that was under repair in the port of Yalova (Turkey). The shipowner, who was present on the vessel, one evening safely lost the money that had been allocated for the repair in the amount of 600 thousand dollars in a casino. Upon the arrival of the investors who allocated these funds, he went from being a shipowner to being an ordinary sailor to reimburse the money. Unable to endure such humiliation, he hanged himself two days later on deck in the pump room”

“I watched [a video] of an American sailor. He said that before jumping overboard, they take off their shoes. So that the crew can see what happened.”

Seafarers' mental health

For many years, mental health issues were not a priority in the field of maritime hygiene. The situation has changed only in recent decades, and now the attention of many researchers is focused on the mental health problems of seafarers even more than on the problems of somatic health. Surveys conducted in recent years have provided some insight into potential suicide risk factors in relation to the prevalence and severity of depression, anxiety, addictions and other disorders amongst shipboard personnel. Thus, structured interviews with 1572 crew members of different nationalities from merchant ships showed that 25% of

следования сообщили о суицидальных мыслях, а 2% признались, что испытывают их регулярно [26]. Исследование психологического благополучия моряков (в связи с проблемой ВИЧ/СПИД) показало, что от 6 до 35% моряков знали коллег, которые задумывались о самоубийстве [27]. Основным источником стресса и проблем психического здоровья на торговом флоте является рабочая среда, а ключевыми факторами – недостаток сочувствия к персоналу (элемент культуры современных морских компаний), насилие или буллинг на рабочем месте и низкий уровень удовлетворённости работой. Моряки из Филиппин и Восточной Европы, согласно результатам опросов, являются основными жертвами насилия, и на них более всего отражается отсутствие личной безопасности на рабочем месте [26].

Недавно проведённый обзор различных источников по данной тематике не даёт возможности оценить, насколько психическое здоровье моряков-международников хуже или лучше соответствующих показателей среди сопоставимых групп населения на берегу, также трудно сравнивать показатели с течением времени, поскольку данные о прошлых периодах просто отсутствуют [23]. В то же время, есть многочисленные признаки того, что моряки во всём мире все чаще страдают на борту от тревоги и депрессии, и это характерно для последних десятилетий [23]. Несомненно, это совпадает с общей тенденцией к ухудшению психического здоровья населения в мировом масштабе, с ростом депрессии и тревожных расстройств. Ряд проведённых «по горячим следам» исследований показал, что среди моряков значительно ухудшились показатели тревоги, депрессии и переживания стресса во время пандемии COVID-19 [28, 29]. Это было связано с тем, что многие контракты были значительно удлинены, возникли большие затруднения с выходом на берег в портах, снабжением и медицинским обеспечением заболевших моряков. Моряки при этом сообщали о тревоге за своё здоровье, об утомлении, беспокойстве за судьбу своих близких на берегу и о чувстве опустошённости из-за недостаточного внимания менеджмента компаний к их проблемам. В то же время, сообщений о росте суицидов при этом не было [28, 29].

Нужно отметить, что внимание к психическому здоровью мореплавателей усилилось после случая из смежной области – авиации. Речь идёт о втором пилоте Germanwings, дочернего лоукостера компании

respondents can be categorized as having a level of depression higher than that usually observed in other working people or in the general population, and 17% suffer from increased anxiety [26]. Characteristically, 20% of respondents in this study reported suicidal thoughts and 2% admitted to experiencing them regularly [26]. A study of seafarers' psychological well-being (in relation to HIV/AIDS) showed that between 6% and 35% of seafarers knew colleagues who had suicidal thoughts [27]. The main source of stress and mental health problems in the merchant fleet is the working environment, and the key factors are lack of empathy for staff (an element of modern maritime company culture), violence or bullying in the workplace and low levels of job satisfaction. Seafarers from the Philippines and Eastern Europe, according to the surveys, are the main victims of violence and are most affected by personal insecurity in the workplace [26].

A recent review of various studies dedicated to this subject does not allow to evaluate whether the mental health of international seafarers is worse or better than that of comparable populations ashore, nor is it possible to compare rates over time, as historical data are simply not available [23]. At the same time, there are numerous indications that seafarers around the world are increasingly suffering from anxiety and depression on board, and this has been characteristic of the last decade [23]. Undoubtedly, this coincides with a general trend of deteriorating mental health globally, with a rise in depression and anxiety disorders. A number of 'hot-track' studies have shown that anxiety, depression and stress experiences significantly worsened among seafarers during the COVID-19 pandemic [28, 29]. This was due to the fact that many contracts were significantly prolonged, and there was great difficulty in getting ashore in ports, problems with supplies and medical care for sick seafarers. Seafarers reported anxiety about their health, fatigue, concerns for their loved ones ashore and a sense of devastation due to the lack of attention by company management to their problems. At the same time, there were no reports of increased suicides [28, 29].

Lufhanza Андреасе Любитце, который 24 марта 2015 г. совершил расширенное самоубийство, направив Аэробус А320 рейса 9525 (Барселона-Дюссельдорф) в землю (не без труда, поскольку управляемый автопилотом самолет этому долго сопротивлялся). Вскоре выяснилось, что это было хорошо продуманное самоубийство, поскольку Любитц сумел остаться в кабине пилотов один, вероятно, подсыпав командиру корабля в кофе мочегонное. Выяснилось также, что Любитц имел проблемы с психическим здоровьем и перед самоубийством наблюдался у частного психиатра, позже в соцсетях были обнаружены его фотографии на фоне моста Золотые ворота в Сан-Франциско, излюбленного места самоубийц, желающих прославиться. Вскоре после этого события Wu и соавт. провели опрос пилотов, приглашая их к участию по электронной почте, через информационные буклеты, обращаясь устно, вручая открытки и путём публикации объявлений в специализированных авиационных изданиях [30]. Обращения были направлены в 5 профсоюзов, 65 авиакомпаний, 12 групп пилотов и 2 организации по авиационной безопасности. Таким способом были разосланы 3485 анкет, на которые были получены ответы от 1837 респондентов, то есть от 52,7%. Выяснилось, что сотни действующих пилотов самостоятельно пытаются справиться с депрессивными симптомами, не обращаясь за помощью из-за опасений негативного влияния на карьеру. В частности, 12,6% пилотов имели значения баллов депрессии выше пороговых, а 4,1% пилотов сообщили о наличии суицидальных мыслей [30].

После этого происшествия (на самом деле, далеко не единственного, поскольку самолёты уже использовались для целей самоубийства [31], но никогда ещё не совершались в столь расширенном варианте) авиакомпании по всему миру изменили внутренние правила, запретив оставаться пилотам в кабине в одиночестве (место отлучившегося пилота должен занять старший бортпроводник), а в Евросоюзе агентство EASA (European Union Aviation Safety Agency) разработало комплекс документов MESAFE (Mental Health for Aviation Safety) [32]. Цель документа – повысить уровень знаний врачей авиаотрядов, которые проводят предполётное освидетельствование пилотов, предложить им использовать соответствующие тесты и таким образом повысить выявляемость состояний, свидетельствующих о непригодности к полётам. Документ также содержит

It should be noted that attention to the mental health of seafarers has increased after a case from a related field – aviation. We are talking about Andreas Lubitz, the co-pilot of Germanwings, a subsidiary of the low-cost carrier Lufhanza, who on March 24, 2015, committed suicide by sending an Airbus A320 of flight 9525 (Barcelona-Düsseldorf) into the ground (not without difficulty, as the autopilot-controlled plane resisted it for a long time). It soon turned out that it was a well-thought-out suicide, as Lubitz had managed to stay in the cockpit alone, probably having slipped a diuretic into the commander's coffee. It also emerged that Lubitz had mental health problems and had been seen by a private psychiatrist prior to his suicide, and later social media revealed photos of him against the backdrop of the Golden Gate Bridge in San Francisco, a favorite spot for suicides seeking fame. Shortly after this event, Wu et al. surveyed pilots, inviting them to participate via e-mail, information booklets, word of mouth, postcards, and advertisements in specialized aviation publications [30]. Five trade unions, 65 airlines, 12 pilot groups and two aviation safety organizations were contacted. A total of 3,485 questionnaires were sent out in this way and 1,837 respondents, or 52,7%, have responded. It was found that hundreds of active pilots were trying to cope with depressive symptoms on their own without seeking help for fear of negative impact on their career. In particular, 12,6% of pilots had depression scores above the threshold and 4,1% of pilots reported suicidal thoughts [30].

After this incident (in fact, it was not the only one, as airplanes have been used for suicide before [31], but never in such an extended version), airlines around the world changed their internal rules to prohibit pilots from being left alone in the cockpit (a senior flight attendant should take the place of a pilot who has left), and in the European Union, the EASA (European Union Aviation Safety Agency) developed a set of MESAFE (Mental Health for Aviation Safety) documents [32]. The purpose of the document is to increase the level of knowledge of doctors of aviation departments who

краткое описание основных психических расстройств и раздел, посвящённый факторам риска суицида [32].

Мы привели этот пример исключительно с той целью, чтобы подчеркнуть, что в случае мореплавателей прохождение медкомиссии (в которую входит в том числе обязательное психиатрическое освидетельствование) сталкивается с ещё большими сложностями. Моряки уходят в рейс на 4-6 месяцев, в течение которых может случиться очень много стрессовых и негативных жизненных событий (на борту, но и на берегу, связанных с семьями, отношениями и т.д.), и никакие психологические тесты или психиатрические освидетельствования не смогут предсказать, как при этом произойдёт с мореплавателем. Более того, учитывая сложности с идентификацией депрессии у мужчин, их нежелание озвучивать жалобы психологического характера и, как крайность, использование диссимуляции с целью получить хороший контракт, всё становится ещё более проблематичным. Поэтому единственным выбором остаётся создание системы наблюдения непосредственно на судне, использование возможностей телемедицины и более внимательное отношение к личности моряка еще на этапе обучения и подготовки к профессии. В этом смысле можно согласиться с мнением, что регулярные проверки общего здоровья и психологического состояния, формирование ещё в процессе учебы профессиональных навыков, компетентность и надёжность являются важными факторами устойчивости моряка к стрессам и трудностям в плавании [33].

«Круизные лайнеры. Если взять статистику всех крупных компаний, в среднем, прыжок за борт около 10-15 случаев в год. Гости-алкоголь-трава на состоянии измены – и криминал (особенно, нейтральные воды и в отсутствие полиции на борту, охрана не в счёт). Кру (сотрудники) – это стресс и депрессия. Обычно, контракты могут доходить до 10 месяцев. И тяжелые позиции, низкооплачиваемые, это те, кто постоянно в этой консервной банке и без выхода на берег. Что-то происходит с психикой, и в какой-то момент башню срывает. К чему это я? К тому, что сотрудников кораблей, которые много месяцев курсируют в море, должны обучать считывать свое состояние, чуть ли не насильно отправлять погулять на берег при возможности, и да, стучать на друзей, которые начали вести себя странно и отстраненно. Это

conduct pre-flight examinations of pilots, to suggest them to use appropriate tests and thus to increase the detection of conditions indicative of unfitness to fly. The document also contains a brief description of the main mental disorders and a section on suicide risk factors [32].

We have given this example solely to emphasize that in the case of seafarers, passing a medical examination (which includes a mandatory psychiatric examination) is even more difficult. Seafarers go on a voyage for 4-6 months, during which a lot of stressful and negative life events (on board, but also ashore, related to families, relationships, etc.) may occur, and no psychological tests or psychiatric examinations can predict what will happen to the seafarer. Moreover, given the difficulties in diagnosing depression in men, their reluctance to voice complaints of a psychological nature and, at the extreme, the use of dissimulation to get a good contract, things become even more problematic. Therefore, the only choice that remains is establishment of a surveillance system directly on board, the use of telemedicine and a more attentive attitude to the seafarer's personality at the stage of training and preparation for the profession. In this sense, we can agree with the opinion that regular checks of the general health and psychological state, the formation of professional skills, competence and reliability in the process of training are important factors in the seafarer's resistance to stresses and difficulties in navigation [33].

“Cruise liners. If you take the statistics of all the big companies, on average, jumping overboard – about 10-15 cases per year. Guests-alcohol-weed on the state of treason-and crime (especially, in the neutral waters and in the absence of police on board, security doesn't count). Crew (employees) - it's stressful and depressing. Typically, contracts can go up to 10 months. And the hard positions, the low paid ones, are the ones who are constantly in that tin can and with no shore leave. Something happens to the psyche, and at some point, it's gonna blow your mind. What am I saying? I'm saying that ship's personnel who spend many months at sea should be trained to read their condition, almost forcibly sent

состояние проходимое и очень важно его вовремя остановить»

«Буквально на прошлом контракте столкнуться пришлось. Уберегло. Матрос месяца полтора вызывал беспокойство. В итоге он подошёл к капитану и заявил, что хочет покончить с собой. Мы его сразу же сдали на берег, в больницу. Хорошо, что так кончилось. Ну и иногда сталкивался с тем, что кто-то грозился выкинуться за борт, однако обычно на эмоциях».

Проблема стресса на современных судах и факторы риска

Морской труд связан со множеством трудностей, является травмоопасным, требует постоянного внимания и физической выносливости, сопряжен с влиянием множества неблагоприятных факторов, в числе которых вахтенный характер труда, вибрация, шум, волнение моря, холод или жара, контакт с горюче-смазочными и лакокрасочными материалами, частое пересечение часовых поясов, потребление опресненной воды, несбалансированное питание, а также высокая ответственность и психоэмоциональное напряжение. В последние десятилетия это компенсировалось постоянным улучшением условий труда, внедрением нормативов длительности контрактов, возможностями рекреации и отдыха. Ещё совсем недавно, 15-20 лет назад, согласно исследованиям, среди плавсостава выявлялись умеренная частота синдрома выгорания [34], усталость и дистресс были на достаточно низком уровне, при этом моряки в целом отмечали удовлетворенность своим положением и наблюдался относительно низкий уровень репатриаций из-за проблем с психическим здоровьем [18]. Однако в последние годы ситуация заметно изменилась, и стресс, как патологизирующий фактор, приобрёл большее значение на борту. Есть основания полагать, что это связано с растущим уровнем механизации и информатизации, ростом ответственности и той психологической нагрузки, которые испытывают моряки, как командный состав, так и палубная команда.

Так, опросы подтверждают, что с проблемами психического здоровья среди старших механиков напрямую связаны стресс, напряжённая работа и высокие требования [35, 36]. Эти данные подтверждает работа [37], согласно которой у машинных офицеров уровень тревожности значительно выше, чем у палубной и машинной команды, а удовлетворённость жизнью ниже. В обзоре [38], обработав 18 ориги-

for a walk ashore if possible, and yes, to snitch on friends who start behaving strangely and aloofly. This condition is passable and it's important to stop it in time.»

“Literally had to deal with it on my last contract. Somehow we were saved. A sailor was causing anxiety for a month and a half. Eventually he came to the captain and said he wanted to commit suicide. We took him ashore to the hospital right away. It's a good thing it ended that way. And sometimes I've encountered someone threatening to throw himself overboard, but usually it was on emotion”.

The problem of stress on modern ships and risk factors

Maritime labor is associated with many difficulties, the incidence of trauma is possible, it requires constant attention and physical endurance, is associated with the influence of many unfavorable factors, including shift work, vibration, noise, sea turbulence, cold or heat, contact with fuels, lubricants and paints, frequent crossing of time zones, consumption of desalinated water, unbalanced nutrition, as well as high responsibility and psycho-emotional stress. In recent decades, this has been compensated for by continuous improvement of working conditions, introduction of contract duration standards, recreation and rest opportunities. Not so long ago, 15-20 years ago, according to studies, the frequency of burnout syndrome among seafarers was moderate [34], fatigue and distress were at a fairly low level, while seafarers generally reported satisfaction with their positions and there was a relatively low level of repatriations due to mental health problems [18]. However, in recent years, the situation has changed markedly and stress as a pathological factor has become more important on board. There are reasons to believe that this is due to the increasing level of mechanization and informatization, growing responsibility and the psychological load experienced by seafarers, both officers and deck crew.

Thus, surveys confirm that stress, hard work and high demands are directly related to mental health problems among master engineers [35, 36]. These data are con-

нальных исследований, авторы пришли к выводу, что современное мореплавание связано с целым рядом психических, психосоциальных и физических стрессовых факторов. Наиболее важными оказались разлука с семьёй, одиночество на борту, усталость, многонациональные экипажи и связанные с этим проблемы, недостаток возможностей для полноценного отдыха и рекреации, а также недостаток сна. Стрессовые факторы, воздействующие на моряков, работающих в машинном отделении, отличались от стрессовых факторов, воздействующих на палубную команду. Качество и продолжительность сна страдали в основном у судоводителей, в то время как палубный экипаж, как правило, был менее подвержен физической активности и пренебрегал рекомендациями по здоровому образу жизни [34]. Все эти факты свидетельствуют о существующих психосоциальных проблемах и сниженном психологическом благополучии у морского персонала, как офицеров, так и рядовых, что является факторами риска самоубийства.

Стресс обычно сочетается с проявлениями нездорового образа жизни моряков, такими как курение, недостаток физической активности, нездоровые привычки питания и малоподвижный образ жизни, что в свою очередь способствует снижению психологического благополучия [39]. На этом фоне весьма вероятно увеличение потребления алкоголя [40]. Согласно публикациям, алкогольные эксцессы, равно как и потребление наркотиков, часто становится причиной смерти на борту, включая самоубийство [41]. В настоящее время компании внедряют внутренние акты, которые регламентируют отношение к употреблению алкоголя и наркотических веществ на судах. Согласно политике, употребление алкоголя и наркотиков на судне запрещено. Это правило действует на протяжении всего времени пребывания на судне, каждый член экипажа перед выходом в море информируется о политике «сухого закона» и о том, любые нарушения правил приведут к незамедлительной репатриации к месту проживания и прекращению контракта с компанией [42]. Тем не менее, жизнь показывает, что всегда найдутся нарушители самых строгих правил.

«А ... у меня в начале мая на переходе в штормовом Охотском море выбросился за борт донкерман. За сутки до этого у него случилось психическое помешательство на почве употребления алкоголя на берегу и продолжавшего-

фирмед by the study [37], according to which the level of anxiety among engine officers is significantly higher than among deck and engine crew, and life satisfaction in them is lower. In the review [38], having processed 18 original studies, the authors concluded that modern navigation is associated with a number of mental, psychosocial and physical stressors. The most important are separation from the family, loneliness on board, fatigue, multinational crews and related problems, lack of opportunities for adequate rest and recreation, and lack of sleep. The stressors affecting seafarers working in the engine room differed from those affecting deck crew. The quality and duration of sleep were affected mainly in ship's officers, while deck crew tended to be less committed to physical activity and neglected healthy lifestyle recommendations [34]. All these facts testify of the existing psychosocial problems and reduced psychological well-being of maritime personnel, both officers and ratings, which are risk factors for suicide.

Stress is usually combined with unhealthy behaviors such as smoking, lack of physical activity, unhealthy eating habits and sedentary lifestyle, which in turn contributes to a decrease in psychological well-being [39]. Against this background, an increase in alcohol consumption is highly likely [40]. According to publications, alcohol excesses, as well as drug use, are often the cause of deaths on board, including suicide [41]. Companies are currently implementing internal acts that regulate attitudes towards alcohol and drug use on ships. According to the policy, the use of alcohol and drugs on board is prohibited. This rule is valid throughout the entire time of stay on the ship, each crew member is informed before leaving the port about the policy of “dry law” and that any violations of the rules will lead to immediate repatriation to the place of residence and termination of the contract with the company [42]. However, life shows that there are always violators of any strict rules.

“... I had a Donkerman who jumped overboard early in May during a crossing in the stormy Sea of Okhotsk. A day before, he had a mental breakdown due to alcohol consumption on shore and

ся на борту. Также разговаривал с только ему видимыми галлюцинациями. К нему была представлена постоянная вахта, связывать не стали, не рекомендовали, так как был не буйный (а зря). В какой-то момент приставленный к нему моряк, постоянно сопровождавший его, потерял бдительность. Донкермана позвала очередная бегущая по волнам, и он перелез через леера».

Человеческий фактор, экономика и современное одиночество на борту

На флоте понятие «человеческий фактор» обычно используется тогда, когда причина аварийной ситуации связана не с техническим состоянием навигационных приборов или судовых механизмов, а с поведением персонала, ошибками, невнимательностью, утомлением или недостаточной компетентностью. Однако в этом же понятии кроется много такого, что имеет отношение к обсуждаемой нами проблеме, особенно с учётом положения современных мореплавателей в самой системе морского бизнеса. Есть множество оснований утверждать, что рост суицидов среди мореплавателей связан с ещё и с теми изменениями, которые произошли в морском деле в последние годы, а эти изменения связаны, в первую очередь, с глобализацией и экономикой больших компаний, что отражается на рабочей силе в этой индустрии [43]. Разнообразные меры, направленные на минимизацию расходов компаний, часто приводят к снижению стандартов, найму низкооплачиваемого рядового персонала, минимизации численности экипажей, переходу на постоянно меняющиеся многоязычные и многонациональные экипажи, исключению из состава экипажей врачей, постепенному увеличению рабочей нагрузки [23]. Например, сегодня контейнеровоз класса Triple E длиной около 400 метров и высотой 60 метров с 20 тыс. контейнеров на борту управляется экипажем из 15 человек при чрезвычайно высоком уровне автоматизации и информатизации на борту. Все эти изменения выгодны для судовладельческого бизнеса, но они могут усилить чувство одиночества, психосоциальный стресс и отчуждение, а также означают снижение социальной поддержки.

Если ещё 30-40 лет тому назад на относительно небольшом балкере команда составляла 25-30 человек, на судне был врач, существовали устойчивые экипажи, коллективы, в которых поддерживались определённые отношения, люди хорошо знали друг друга и могли заметить изменения в поведении тех,

continued on board. He was also talking with hallucinations only visible to him. A permanent watch was assigned to him, but we did not tie him up, it was not recommended as he was not violent (and for nothing). At some point the sailor assigned to him, who was constantly accompanying him, lost his vigilance. Donkerman was called by another wave runner, and he climbed over the railings”.

Human factor, economics and modern loneliness on board

In the merchant fleet the concept of “human factor” is usually used when the cause of an emergency situation is related not to the technical condition of navigational instruments or ship mechanisms, but to the behavior of personnel, human errors, inattention, fatigue or lack of competence. However, there is much in the same concept that is relevant to the problem we are discussing, especially in view of the position of modern seafarers in the maritime business system itself. There are many reasons to argue that the increase in suicides among seafarers is also related to the changes that have taken place in the maritime business in recent years, and these changes are primarily related to globalization and the big companies’ economy, which affects the workforce in this industry [43]. Various measures aimed at minimizing companies’ costs often result in lowering standards, hiring low-paid rank-and-file personnel, minimizing crew sizes, switching to ever-changing multilingual and multinational crews, excluding doctors from crews, and gradually increasing workload [23]. For example, contemporary Triple E-class container ship, which is about 400 meters long and 60 meters high with 20,000 containers on board, is operated by a crew of 15 people with an extremely high level of automation and informatization on board. All these changes are beneficial for the shipowning business, but they can increase loneliness, psychosocial stress and alienation, and mean less social support.

If 30-40 years ago on a relatively small bulk carrier the crew was 25-30 people, there was a doctor on the ship, there were stable crews, collectives in which certain relations were maintained, people knew

кто месяцами находится рядом, то в настоящее время разнородные, разноязычные, постоянно сменяющиеся экипажи являются общепринятым явлением. Культурные и языковые различия (командный состав из России или Великобритании, механики из Польши, палубная команда из Филиппин) часто не позволяют оценить настроение и психологическое состояние члена экипажа. При этом психологическая нагрузка на персонал растёт, командный состав также несёт всё больший груз ответственности, графики заходов в порты и разгрузочно-погрузочных работ стали более жёсткими, переходы – короче, интенсивность труда постоянно нарастает [43, 44]. Труд моряка все менее овеян романтикой и всё меньше соответствует ожиданиям «повидать мир» или «встретить свою мечту». Всё большее число мореплавателей даже не могут сойти на берег в иностранных портах, поскольку современные логистические терминалы в угоду экономической и экологической целесообразности выносятся как можно дальше от центров цивилизации, располагаются в малонаселенной местности, степень автоматизации погрузочно-разгрузочных работ сводит стоянки к минимуму, и дальше – только постоянная гонка и требование уложиться в график прихода в следующий порт [23].

Моряки всегда считались высокооплачиваемым персоналом, однако растущий уровень требований уже не компенсируется ростом оплаты труда [45]. Международные морские юристы указывают на тот факт, что глобализация и вызванные ею изменения привели к искажениям в практическом применении основных правовых конвенций на море, что привело к нарушению прав работников и снижению их социальной защиты [43, 46].

Нужно также отметить такую тенденцию – на морском торговом флоте не хватает высококвалифицированных инженерных кадров, поэтому удлиняются сроки списания на берег пожилых сотрудников, что чревато выгоранием, ухудшением соматического здоровья и депрессией [44]. С другой стороны, в морские экипажи приходит молодое пополнение, принося с собой все современные риски, характерные для этой возрастной группы, в которой, как известно, индексы самоубийств не снижаются во всех странах мира [4]. Нужно также иметь в виду, что национально-этнический состав рабочей силы на торговом флоте отражает уровни самоубийств среди мужчин молодого и среднего возраста в своих стра-

each other well and could notice changes in the behavior of those who had been around for months, nowadays heterogeneous, multilingual, constantly changing crews are a common phenomenon. Cultural and linguistic differences (commanding staff from Russia or Great Britain, mechanics from Poland, deck crew from the Philippines) often make it impossible to assess the mood and psychological state of a crew member. At the same time, the psychological load on the personnel is growing, the commanding staff also bears an increasing burden of responsibility, the schedules of port calls, unloading and loading operations have become tighter, the crossings shorter, and the intensity of labor is constantly increasing [43, 44]. Seafarer's labor is less and less romantic and less corresponds to the expectations of "seeing the world" or "meeting your dreams". More and more seafarers cannot even go ashore in foreign ports, because modern logistics terminals are moved as far away from the centers of civilization as possible for the sake of economic and environmental expediency, located in sparsely populated areas, the degree of automation of loading and unloading operations reduces parking to a minimum, and after that there is only a constant race and the requirement to meet the schedule of arrival at the next port [23].

Seafarers have always been regarded as highly paid personnel, but the increasing level of demands is no longer being compensated by rising wages [45]. International maritime lawyers point to the fact that globalization and the resulting changes have distorted the practical application of the main legal conventions at sea, resulting in the violation of workers' rights and the reduction of their social protection [43, 46].

It should also be noted that the merchant marine fleet is short of highly-qualified engineering personnel, so the shore leave of elderly employees are often postponed, which leads to burnout, deterioration of somatic health and depression [44]. On the other hand, young recruits coming to crews are bringing with them all modern risks characteristic to this age group, in which, as it is known, suicide rates

нах происхождения. Основную массу сегодня составляют филиппинцы (низкие уровни самоубийств), россияне, граждане Украины (высокий уровень самоубийств), в меньшей степени – граждане Польши, Нидерландов, Германии (средний уровень самоубийств). Это также отражается на динамике суицидов среди мореплавателей.

Ещё один неоднозначный аспект проблемы заключается в широком внедрении интернета на судах. Ещё совсем недавно моряки в качестве одной из самых наболевших проблем сообщали об оторванности от семьи и близких, это создавало ощущение одиночества, позвонить домой можно было только во время стоянки в порту, связь при каких-то чрезвычайных обстоятельствах можно было получить через капитана (у которого был ограниченный доступ для быстрой связи с руководством компании) или по радиации [47]. В последнее время все крупные суда имеют постоянный интернет на борту, и это рассматривалось как значительное достижение. Любому моряку получал возможность выходить в интернет на борту и неограниченно общаться с семьей. Однако это, в конечном итоге, обернулось многими проблемами, такими как отвлечение от наблюдения за приборами и обстановкой во время вахты и погружением в социальные сети на досуге, с их конфликтами, взаимными обвинениями, тревожными сообщениями и фейковыми новостями. Это также привело к тому, что моряки оказались постоянно погружены в проблемы семей на берегу, получая не только поддержку, но порой и порцию стрессовых сообщений [48].

Сегодня молодое пополнение торгового флота, независимо от занимаемой должности, не готово отказаться от такой привычной и обыденной части своей жизни, как постоянное наличие интернета, с его возможностями развлечений и мониторинга социальных сетей. При этом у современных кадетов, как свидетельствуют исследования, отмечается недостаточная стрессоустойчивость, распространённость повышенной тревожности достигает 18%, а признаки стрессового напряжения и депрессии регистрируются у 27,6% и 7,6% молодых судоводителей [49, 50]. Вполне можно предположить, что флот рекрутирует в последнее время в основном типичных представителей современного цифрового поколения, и мы всё чаще имеем дело с новым типом моряка, который можно назвать «моряком эпохи постмодерна». Это молодой человек, прекрасно владеющий интернет-

do not decrease in all countries of the world [4]. It should also be borne in mind that the national-ethnic composition of the merchant marine workforce reflects the suicide rates among young and middle-aged men in their countries of origin. The main contingent of seafarers today is made up of Filipinos (low suicide rates), Russians and citizens of Ukraine (high suicide rates), and to a lesser extent, citizens of Poland, the Netherlands, and Germany (average suicide rates). This is also reflected in the dynamics of suicides among seafarers.

Another controversial aspect of the problem is the widespread introduction of the Internet on board ships. Not so long ago, the separation from family and loved ones, which created a feeling of loneliness was reported by seafarers as one of the most pressing problems. It was possible to call home only during stay in the port, communication in some emergencies could be obtained through the captain (who had limited access for quick communication with the company management) or by radio [47]. In recent times, all large ships have permanent internet on board, and this was seen as a significant achievement. Any seafarer has access to the internet on board and can communicate with his family unrestrictedly. However, this eventually led to many problems, such as distractions from monitoring technical devices and surroundings while on watch and immersing oneself in social networks at leisure, with their conflicts, mutual accusations, disturbing messages and fake news. This also resulted in seafarers being constantly immersed in the problems of their families ashore, receiving not only support but also sometimes stressful messages and disappointments [48].

Today, young personnel, regardless of their position, are not ready to give up such a familiar and ordinary part of their lives as the constant availability of the Internet, with its entertainment and social network monitoring capabilities. At the same time, modern cadets, as studies show, have insufficient stress resistance, the prevalence of increased anxiety reaches 18%, and signs of stress and depression are registered in 27,6% and 7,6% of young ship officers [49, 50]. It is quite possible to assume that the

технологиями, глубоко погруженный в виртуальную среду и онлайн-развлечения, индивидуалист, вполне возможно, немного тревожный и слегка депрессивный, предпочитающим интернет-общение, мотивированный в основном финансовыми интересами и, не исключено, имеющий нереалистичные ожидания от будущей работы. В то же время, для молодых офицеров мотивация «увидеть мир», когда они приходят в профессию, может быть ослаблена тем, что им приходится проводить всё больше времени за компьютерами, контролируя процессы или заполняя формы, вместо того чтобы совершать культурные поездки на берег или наблюдать красивые закаты и рассветы. Что касается молодых рядовых моряков, то, когда у них появляется свободное время, они обращаются к своим смартфонам и погружаются в виртуальный мир, разойдясь по своим индивидуальным каютам (одно из достижений судостроения последнего времени, призванное улучшить условия быта моряков). Интересно, что недавнее исследование показало, что номофобия (No Mobile Phobia, чувство тревоги, когда смартфона нет под рукой) присуща уже 65% современных моряков [51].

«Было это давно. Я пошёл в первый рейс на практику в машину. В общем, сразу Китай-Австралия и т.д. Молодой пацан 19 лет, всё рвался в море. Контракт 9 месяцев. В общем, смешанный экипаж, языковой барьер, работа далеко не та, что я себе представлял. Такая депрессия навалилась через месяцев пять... Короче что-то щелкнуло, выпил вискаря и пошёл на корму к леерам... взобрался, немного качало, небольшой дождик, накатил ещё и думаю, один шаг и конец этому.... Но тут меня окликнул сзади коллега, моторист индус, типа «а ты че не спишь», ну я сразу включился типа «да так, подышать вышел». На утро так было страшно, а ведь мог...»

«Был один такой случай. В Японии оставили на перестое судно – небольшой перегрузчик на 400 тонн, Экипаж списался, и только моторист, у которого жена была дочкой хозяина фирмы, остался в качестве доверенного "сторожа". И там ему позвонили, что жена его кинула, ушла к другому. Замены нет, чужая страна, и даже всё бросить и уйти некуда. В одиночестве на тёмном пустом пароходе с освещением от берега. Хоть на стенку лезь. Неделя запоя и ... чел повесился»

Особенности на военно-морском флоте

Личный состав военно-морского флота во всех

fleet recruits mainly typical representatives of the modern digital generation, and we are increasingly dealing with a new type of seafarer, which can be called “the seafarer of the postmodern era”. This is a young person who is well versed in Internet technologies, deeply immersed in the virtual environment and online entertainment, individualistic, perhaps a little anxious and a little depressed, who prefers Internet communication, who is motivated mainly by financial interests and probably has unrealistic expectations of future work. At the same time, for young officers, the motivation to 'see the world' when they enter the profession may be weakened by the fact that they have to spend more and more time in front of computers, controlling processes or filling in forms, instead of taking cultural trips ashore or watching beautiful sunsets and sunrises. As for young ordinary seafarers, when they have free time, they turn to their smartphones and immerse themselves in the virtual world in their individual cabins (a recent advancement in shipbuilding to improve seafarers' living conditions). Interestingly, a recent study showed that nomophobia (No Mobile Phobia, the feeling of anxiety when a smartphone is not at hand) is already present in 65% of modern seafarers [51].

“It was a long time ago. I went on my first practice contract in the engine room. China-Australia and so on. A young kid of 19 years old, all eager to go to sea. Nine-month contract. In short: mixed crew, language barriers, work is far from what I imagined. I got so depressed after five months... Anyway, something clicked, I drank some whisky and went out to the railings... I climbed up, a little rocking, a little rain, pumped some more and thought, just one step and it will be the end of it ... But then I was called from behind by a colleague, a Hindu motorist, like “why are you not sleeping?”, well I immediately turned on like “I went out for a breath”. In the morning it was so scary, but I could ...”

“There was one such case. In Japan they left a ship – a small overloader for 400 tons, the crew was released, and only the motorist, whose wife was the daughter of the owner of the company, remained as a trusted “watchman”. And

странах, имеющих флоты, относится к наиболее образованным и подготовленным категориям военных специалистов в связи с высокими требованиями, предъявляемыми к экипажам современных военных кораблей и подводных лодок. Неудивительно, в связи с этим, что количество самоубийств на флоте обычно довольно низкое. Например, регулярная статистика в вооруженных силах США свидетельствует о том, что самый низкий уровень самоубийств из года в год наблюдается в ВМС, за ними следуют ВВС, армия и морская пехота [52]. Согласно данным Агентства аналитических служб обороны Великобритании (DASA) за 23 года с 1984 по 2006 г. уровень самоубийств в армии колебался от 12 до 20 на 100000 человек, в то время как на военно-морском флоте – в пределах 6-14 на 100000 [53]. В то же время, как и на торговом флоте, преднамеренные самоповреждения среди личного состава Королевских ВМС следует рассматривать в контексте психологического, эмоционального и социального давления на военнослужащих [54]. Уровни самоубийств значительно варьируют в зависимости от страны, в то же время, показатели самоубийств среди военнослужащих (хотя обычно они значительно ниже, чем среди мужчин соответствующего возраста в общей популяции) могут располагаться в том же порядке, что может отражать культурные, религиозные и другие национально устойчивые особенности [4]. С другой стороны, изменения среди гражданского населения и в военной среде в одни и те же временные периоды могут быть разными. Например, в Военно-морском флоте бывшего СССР изменения уровня самоубийств отличались от общепопуляционных. В то время как в целом по стране после 1986 г. наблюдалось снижение числа самоубийств (профилактический эффект «перестройки» – демократизации и либерализации в стране), то на флоте наблюдался рост удельного веса самоубийств в общей структуре смертности в период с 1986 по 1995 год (период серьезных экономических проблем, сокращение флота, падение престижа морских профессий). Только с 1998 по 2000 год процент самоубийств начал снижаться. По данным одного из немногих исследований на эту тему, на тот период времени на флоте две трети всех самоубийств совершили военнослужащие по призыву в течение в первого года службы. В 65% случаев способом самоубийства было повешение, в 20% – огнестрельное оружие, в 5,5% – отравление, в 5,2% самопорезы, 2,2% прыжки и, наконец, 1,8%

there he got a call that his wife had left him for someone else. There is no possibility to substitute, a foreign country, and there is nowhere to leave everything and go. Alone on a dark, empty steamer with shore-based electricity. I'd go up against the wall. A week of drinking and... the man hanged himself."

Peculiarities in the Navy

Navy personnel in all countries with military fleets are among the most educated and trained categories of military specialists due to the high demands placed on the crews of modern warships and submarines. It is not surprising in this connection that the number of suicides in the navy is usually quite low. For example, regular statistics in the U.S. Armed Forces show that the Navy has the lowest suicide rate year after year, followed by the Air Force, Army, and Marines [52]. According to the UK Defense Analytical Services Agency (DASA) over the 23 years from 1984 to 2006, the suicide rate in the Army ranged from 12 to 20 per 100,000, while in the Navy it ranged from 6 to 14 per 100,000 [53]. At the same time, as in the merchant fleet, deliberate self-harm among Royal Navy personnel should be viewed in the context of psychological, emotional, and social pressures on service personnel [54]. Suicide rates vary considerably from country to country, while suicide rates among military personnel (although usually much lower than among males of the same age in the general population) may be in the same order, which may reflect cultural, religious and other nationally consistent patterns [4]. On the other hand, changes in the civilian and military populations may be different during the same time periods. For example, in the Navy of the former USSR, changes in the suicide rate differed from the general population. While in the whole country after 1986 there was a decrease in the number of suicides (preventive effect of "perestroika" – democratization and liberalization), in the Navy there was an increase in the percent of suicides in the total mortality structure in the period from 1986 to 1995 (the period of serious economic problems, reduction of the fleet, decline in the prestige of naval professions). Only from 1998 to 2000 the percentage of suicides began to decrease. According to

утопление [55].

В целом, редкость суицидов на военных кораблях вполне объяснима – экипаж обычно довольно многочисленен, все на виду, на крупном корабле всегда есть медслужба, изначально отбор на военно-морской флот намного более серьёзный, учитывается психологическая устойчивость, поэтому вероятность пропустить психическую патологию намного ниже. Однако приходится учитывать возможные проблемы в связи с особенностями психического здоровья молодого пополнения, которое приносит с собой на борт корабля свои риски [56]. Хотя уровень самоубийств в ВМФ невысок, последствия такого события на военном корабле могут быть довольно значительными. Нужно учитывать вероятность серьёзных переживаний и чувства вины у непосредственного командира или у ближайших друзей покончившего с собой. В зависимости от ситуации, психологическому воздействию может подвергнуться и весь экипаж. Учитывая это, каждый случай должен быть тщательно расследован, а отчёт должен быть представлен в соответствии с существующими правилами в каждом военно-морском флоте. Кроме того, для экипажа должен быть проведён брифинг. Это касается также тех случаев, когда самоубийство произошло на берегу, но стало известно экипажу.

Вместо заключения. Возможности превенции

Согласно данным крупнейшей международной организации, которая занимается вопросами морской судоходной политики и унификации транспортных документов BIMCO (Baltic and International Maritime Council), в 2021 году на 74 тысячах судов мирового торгового флота трудились около 1,9 миллиона моряков. Несмотря на значительный прогресс в области информационных технологий, повышение доступности медицинской помощи, включая телемедицину, моряки остаются одной из самых изолированных и подверженных стрессу и одиночеству профессиональных групп. При этом все больше тревожных сообщений о суицидальном поведении и высоком уровне депрессии у моряков поступает от международных морских организаций, профсоюзов и ассоциаций моряков (BIMCO, ITF, Lloyd's List, Seafarers Trust, Maritime Fairtrade, Российский профессиональный союз моряков и т.д.), а также от менеджеров компаний по персоналу, юристов и семей моряков.

Стратегии превенции на торговом флоте сводятся к нескольким основным направлениям. Прежде

one of the few studies on this topic, at that time in the Navy, two-thirds of all suicides were committed by conscripts during the first year of service. In 65% of cases the method of suicide was hanging, in 20% – firearms, in 5.5% – poisoning, in 5.2% self-cutting, 2.2% jumping, and finally 1.8% drowning [55].

In general, the rarity of suicides on warships is quite understandable – the crew is usually quite numerous, everyone is visible, a large ship always has a medical service, the initial selection for the navy is much more serious, psychological stability is taken into account, so the probability of missing psychopathology is much lower. However, one has to take into account possible problems with the mental health of the young recruits, who bring their own risks on board the ship [56]. Although the suicide rate in the Navy is low, the consequences of such an event on a warship can be quite significant. One must take into account the likelihood of serious distress and feeling of guilt in the immediate commander or in the closest friends of the suicide victim. Depending on the situation, the entire crew may be psychologically affected. With this in mind, each case must be thoroughly investigated and a report submitted in accordance with existing regulations in each navy. In addition, a briefing should be given to the crew. This also applies if the suicide occurs ashore but is known to the crew.

Instead of a conclusion. Opportunities for prevention

According to BIMCO (Baltic and International Maritime Council), the largest international organization dealing with maritime shipping policy and unification of transport documents, about 1,9 million seafarers were working on 74 thousand ships of the world merchant fleet in 2021. Despite significant progress in information technology, increased access to medical care, including telemedicine, seafarers remain one of the most isolated, stressed and lonely occupational groups. At the same time, there are more and more alarming reports of suicidal behavior and high levels of depression among seafarers from international maritime organizations, trade unions and seafarers' associations (BIMCO, ITF,

всего, это активизация в рамках всей индустрии образовательной деятельности и мер, направленных на укрепление психического здоровья моряков, это повышение качества периодических медицинских осмотров и усиленное внимание к проблемам психического здоровья, повышение уровня знаний о суицидах среди командного состава (на который в настоящее время возлагается задача оказания медицинской помощи на борту), использование возможностей телемедицины и расширение спектра инициатив общественных и благотворительных организаций и движений. В последнее время проблема лучше осознается судоходными и круизными компаниями, некоторые из которых в качестве политики периодически организуют семинары для командного состава, направленные на повышение осведомленности о психологическом состоянии членов экипажа [25]. По итогам масштабного исследования характеристик стресса среди моряков разработан комплекс рекомендаций, направленных на улучшение условий труда, социальное взаимодействие на борту и повышение психологической устойчивости экипажей. Они включают такие меры, как повышение физической активности, своевременное реагирование на переутомление, максимальное использование рекреационных возможностей (многие современные суда имеют сауны и фитнес-центры), организацию культурных мероприятий, облегчающих общение между разноязычными членами экипажей [23]. Многие морские капитаны, осознающие проблему, внедряют свои собственные практические поощряющие приемы для экипажа, чтобы способствовать большей социальной и культурной активности моряков, поддерживать межкультурное общение и психологический климат на борту, такие как совместные чаепития или кулинарные обмены [57].

В последнее время получили развитие специализированные горячие линии для моряков, в частности под эгидой благотворительной организации The Seafarers Charity, ISWAN (International Seafarers' Welfare and Assistance Network), Mental health Support Solution и др., принимающие звонки (круглосуточно, 365 дней в году, на разных языках, включая русский) от моряков по всему миру в связи с кризисными состояниями. Звонки на эти линии заметно участились во время пандемии [58]. Разработаны и внедрены мобильные приложения, которые содержат множество полезной информации и ресурсов специально для моряков, включая руководство ISWAN по

Lloyd's List, Seafarers Trust, Maritime Fairtrade, Russian Seafarers' Trade Union, etc.), as well as from HR managers, lawyers and seafarers' families. Prevention strategies in the merchant navy belong to several main areas. These include, first of all, increased industry-wide educational activities and measures to promote seafarers' mental health, improved quality of periodic medical examinations and increased attention to mental health issues, increased knowledge about suicide amongst command staff (who are now responsible providing medical care on board), the use of telemedicine and a wider range of initiatives by voluntary and charitable organizations and movements. Recently, the problem has been better recognized by shipping and crewing companies, some of which, as a matter of policy, periodically organize seminars for the crew to raise awareness of the psychological state of crew members [25]. Based on the results of a large-scale study of stress characteristics among seafarers, a set of recommendations was developed aimed at improving working conditions, social interaction on board and increasing the psychological stability of crews. They include such measures as promoting physical activity, timely response to fatigue, maximum use of recreational opportunities (many modern ships have saunas and fitness centers), organization of cultural events facilitating communication between multilingual crew members [23]. Many sea captains, who are aware of the problem, introduce their own practical incentives for the crew to promote more social and cultural activity of seafarers, to support intercultural communication and psychological climate on board, such as joint tea parties or national cuisine exchanges [57].

Recently, specialized hotlines for seafarers have been developed, in particular under the auspices of The Seafarers Charity, ISWAN (International Seafarers' Welfare and Assistance Network), Mental Health Support Solution, etc., which receive calls (24 hours a day, 365 days a year, in different languages, including Russian) from seafarers in crisis around the world. Calls to these lines increased markedly during the pandemic [58]. Mobile apps have been de-

поддержанию психического здоровья и материалы по самопомощи, доступ к справочнику центров ISWAN для моряков, а также рекомендации по таким темам, как юридические вопросы контрактов, запугивание и притеснения на борту [59]. Британское Maritime and Coastguard Agency (MCA) разработало и внедрило онлайн инструмент «Wellbeing at Sea» – цифровой опрос, по результатам которого моряк получает индивидуальные рекомендации по улучшению психологического благополучия. Разработчики этого инструмента вначале опросили 197 моряков, используя 70 вопросов, спрашивающих об их самочувствии, психическом и физическом состоянии, а также об условиях труда и организационной культуре. Затем был проведён факторный анализ и были выявлены вопросы, сильнее всего ассоциированные с общим благополучием, что позволило свести число вопросов к меньшему числу, касающихся таких проблемных сфер, как издевательства, притеснения и дискриминация, физическое здоровье, усталость, утомление и организационная поддержка. Анонимизированные данные, который собирает данный опросник, затем отправляются руководителям компаний, чтобы помочь им определить приоритетные области, нуждающиеся в улучшении, и выделить позитивные практики [60]. MCA предоставляет платные лицензии на использование данного опросника.

В целом знакомство с различными мерами профилактики свидетельствует о том, что в подавляющем большинстве они принадлежат различным специализированным благотворительным организациям, судя по всему, имеющим постоянную финансовую поддержку. По своему содержанию все эти меры вполне соответствуют самым современным тенденциям и рекомендациям и широко используют онлайн подходы. Многие сетевые ресурсы используют активную риторику, утверждая, что суициды на флоте значительно выросли в последние годы (в разы), и что ситуация требует экстренных мер (в отличие от профессиональных источников, которые более сдержанно комментируют ситуацию). При этом следует признать, что эта практика приносит свои плоды, поскольку число различных инициатив постоянно растёт, судоходные компании, обладающие большими финансовыми ресурсами, реагируют на ситуацию, поддерживая научные исследования и грантовые программы [60]. Большую роль играет личная вовлечённость руководства компаний и желание изменить

veloped and implemented that contain a wealth of useful information and resources specifically for seafarers, including ISWAN's mental health and self-help guide, access to the ISWAN Seafarers' Center Directory, and advice on topics such as legal contract issues, bullying and harassment on board, etc. [59].

The British Maritime and Coastguard Agency (MCA) has developed and implemented an online tool called 'Wellbeing at Sea', a digital survey that provides seafarers with personalized advice on how to improve their psychological well-being. The developers of the tool first surveyed 197 seafarers using 70 questions asking about their well-being, mental and physical health, as well as their working conditions and organizational culture. Factor analysis was then conducted and the questions most strongly associated with general well-being were identified, reducing the number of questions to a smaller number related to problem areas such as bullying, harassment and discrimination, physical health, fatigue, exhaustion and organizational support. The anonymized data collected by this questionnaire is then sent to company managers to help them prioritize areas for improvement and highlight positive practices [60]. The MSA provides paid licenses to use the questionnaire.

In general, looking at various prevention measures one can conclude that the majority of them belong to various specialized charitable organizations, apparently with ongoing financial support. In terms of content, all of these measures are in line with the latest trends and recommendations and use extensively the online approaches. Many online resources use active rhetoric, claiming that suicides in the Navy have increased significantly in recent years (many times over) and that the situation requires urgent action (in contrast to professional sources, which are more restrained in their comments). At the same time, it should be recognized that this practice is fruitful, as the number of various initiatives is constantly growing, shipping companies with large financial resources respond to the situation by supporting scientific research and grant programs [60].

ситуацию, в качестве примера можно привести компанию Tristar Tankers, которая потеряла двух своих моряков, покончивших с собой в течение двух месяцев [61]. После этого в компании была развернута активная работа по взаимодействию с другими компаниями, направленная на большую открытость и обмен информацией с целью поиска первопричин происходящего и предотвращения новых случаев, включая участие в конференциях по безопасности [61].

Может показаться, что сетевые ресурсы сгущают краски, рисуя ситуацию с депрессией, стрессом и суицидами в мрачных тонах, в то же время, это позволяет привлечь больше внимания со стороны властей и руководства компаний, добиваясь принятия мер по улучшению условий труда и разработки профилактических инициатив. В области превенции суицидов на флоте есть ещё много неиспользованных ресурсов, в числе которых можно назвать более раннее информирование будущих профессионалов, например, в виде нескольких часов лекций, посвящённых данной проблеме на старших курсах для будущих офицеров-судоводителей, повышении квалификации по суицидологии среди врачей, участвующих в проведении медкомиссий и профессиональном отборе, совершенствовании мобильных приложений для поддержания психического здоровья, разработке рекомендаций по выявлению признаков депрессии и суицидальной угрозы, которые были бы пригодны для моряков во время контрактов, более широком информировании о возможностях телеконсультаций в связи с суицидальными мыслями и создании условий конфиденциальности. В целом следует признать, что суициды на торговом флоте – это растущая проблема, которая требует систематических усилий по превенции, и повышенное внимание к психическому здоровью моряка, создание условий для получения высококвалифицированной медико-психологической помощи является абсолютно оправданной стратегией.

Литература / References:

1. Флотские поверья и легенды. <https://flot.com/publications/books/shelf/russianfleet/34.htm> (дата обращения – 02.10.2024). [Navy lore and legends. (assessment date – 02.10.2024)] (In Russ)
2. Морские суеверия. <https://deckofficer.ru/news/item/morskie-sueveriya> (дата обращения – 02.10.2024). [Seafarers' superstitions (assessment date – 02.10.2024)] (In Russ)
3. Stanley IH, Hom MA, Joiner TE. A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clin Psychol Rev.* 2016; 44: 25-44. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.12.002
4. Rozanov V. Suicides in military settings. In: Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Ed. D. Wasserman, 2nd Edition, Oxford University Press, 2021, pp. 215-226.
5. Bloor M. Fatalities at sea: the good and the bad news. *The Sea.* 2008; 194: 4.

The personal involvement of company management and the desire to change the situation plays a major role, one of the examples is the Tristar Tankers, which lost two of its seafarers by suicide within two months [61]. Since then, the company has developed an active engagement with other companies to be more open and share information to find the root causes and prevent further incidents, including participation in safety conferences.

While online resources may seem to paint too grave picture of depression, stress and suicide prevalence in seafarers, they succeed in attracting more attention from authorities and company management to improve working conditions and develop prevention initiatives. There are still many untapped resources in the field of suicide prevention in the merchant fleet, including rising awareness in future professionals, including several hours of lectures on the issue in senior courses for future naval officers, advanced training in suicidology for physicians involved in medical examinations and professional selection, improving mobile applications for mental health, and the development of guidelines for identifying signs of depression and suicide. In general, one can conclude that suicide in the merchant fleet is a growing problem that requires systematic efforts to prevent. Consequently, an increased attention to the mental health of the seafarer and creating conditions for obtaining highly qualified medical and psychological assistance is an absolutely justified strategy.

6. Sampson H, Ellis N. Fatalities and injuries among seafarers in the period 2000-2016. Seafarers International Research Centre (SIRC). 2019.
7. Тайна, покрытая мраком: о суицидах на судах молчат, чтобы не омрачать репутацию судовладельца. <https://www.seafarersjournal.com/incidents/tajna-pokrytaya-mrakom-o-suitsidah-na-sudah-molchat-chtoby-ne-omrachat-reputatsiyu-sudovladeltsa/> (дата обращения – 05.11.2024 г.). [Mystery shrouded in darkness: suicides on ships are kept silent in order not to tarnish the reputation of the shipowners (assessment date – 05.11.2024) (In Russ)]
8. Попов М. Девушки из воды. Русалки и другие обитательницы водоемов. <https://www.mirf.ru/worlds/bestiary-rusalki> [Popov M. Girls from water. Mermaids and other inhabitants of water bodies. (assessment date – 05.11.2024)] (In Russ)
9. Low A. Seafarers and passengers who disappear without a trace from aboard ships. *Int Marit Health*. 2006; 57 (1-4): 219-229.
10. Запечалов А.С. Влияние асимметрии и групповой структуры морских волн на генерацию инфразвука морской поверхностью. *Морской гидрофизический журнал*. 2023; 39 (2): 177-188. [Zapevalov AS. Impact of the sea waves' skewness and group structure on the infrasound generation by the sea surface. *Physical Oceanography*. 2023; 30 (2): 160-170.] (In Russ) DOI: 10.29039/1573-160X-2023-2-160-170
11. Сливина Л.П., Куклин Д.А., Матвеев П.В. и др. Инфразвук и низкочастотный шум как вредные производственные факторы. *Безопасность труда в промышленности*. 2020; 2: 24-30. [Slivina LP, Kuklin DA, Matveev PV, et al. Infrasound and low-frequency noise as harmful industrial factors. *Occupational Safety in Industry*. 2020; 2: 24–30.] (In Russ) DOI: 10.24000/0409-2961-2020-2-24-30
12. Розанов В.А., Григорьев П.Е. Экологические факторы и суицидальное поведение человека. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 30-49. [Rozanov VA, Grigoriev PE. Ecological factors and human suicidal behavior. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 30-49.] (In Russ)
13. Deisenhammer EA. Weather and suicide: the present state of knowledge on the association of meteorological factors with suicidal behavior. *Acta Psychiatr. Scand*. 2003; 108 (6): 402-429.
14. Stack S. Occupation and Suicide. *Social Science Quarterly*. 2001; 82, 384-396. DOI: 10.1111/0038-4941.00030
15. Roberts SE, Jaremin B, Lloyd K. High-risk occupations for suicide. *Psychological Medicine*. 2013; 43: 1231–1240. DOI: 10.1017/S0033291712002024
16. Sussell A, Peterson C, Li J, Miniño A, et al. Suicide Rates by Industry and Occupation – National Vital Statistics System, United States, 2021. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep*. 2023; 72: 1346–1350. DOI: 10.15585/mmwr.mm7250a2
17. Roberts SE. Surveillance of work-related mortality among seafarers employed on board Isle of Man registered merchant ships from 1986 to 2005. *International Maritime Health*, 2006; 57 (1-4): 9–23
18. Roberts S, Marlow PB. Work related mortality among merchant seafarers employed in UK Royal Fleet Auxillary shipping from 1976 to 2005. *International Maritime Health*. 2006; 57: 24–35.
19. Szymańska K, Jaremin B, Rosik E. Suicides among Polish seamen and fishermen during work at sea. *International Journal of Maritime Health*, 2006; 57: 36-45.
20. Wickstrom G, Leivonniemi A. Suicides among male Finnish seafarers. *Acta Psychiatr Scand*. 1985; 71: 575–580. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1985.tb02551.x
21. Larsson TJ, Lindquist C. Traumatic fatalities among Swedish seafarers, 1984–88. *Safety Science*. 1992; 15: 173–182.
22. Hansen H.L. Surveillance of deaths on board Danish merchant ships, 1986–93: implications for prevention. *Occupation and Environmental Medicine*, 1996;53: 269–275.
23. Sampson H, Ellis N. *Seafarers' mental health and wellbeing*. Institution of Occupational Safety and Health (IOSH). 2019. 51 p.
24. Sampson H, Ellis N. Stepping up: The need for proactive employer investment in safeguarding seafarers' mental health and wellbeing. *Maritime Policy & Management*. 2021. 48 (8): 1069–1081. DOI: 10.1080/03088839.2020.1867918
25. Carroll P, Behailu A. Ipsos 22-082447-01 DPS DfT Suicide and Seafarers report.
26. Lefcowitz RY, Slade MD. *Seafarers Mental Health Study. Final Report*. ITF Seafarers' Trust & Yale University. 2019.
27. A Broader Vision of Seafarer Wellbeing: Survey of ITF Maritime Affiliates on HIV/Aids, Health and Wellbeing. ITF House, London. 2015. http://www.itfglobal.org/media/819789/hiv_survey.pdf (дата обращения 10 июля 2023 г.)
28. Baygi F, Mohammadian Khonsari N, Agoushi A, et al. Prevalence and associated factors of psychosocial distress among seafarers during COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 2021; 21 (1): 1–9. DOI: 10.1186/s12888-021-03197-z
29. Brooks SK, Greenberg N. Mental health and wellbeing of seafaring personnel during COVID-19: Scoping review. *Journal of Occupational Health*. 2022; 64 (1). DOI: 10.1002/1348-9585.12361
30. Wu AC, Donnelly-McLay D, Weisskopf MG, et al. Airplane pilot mental health and suicidal thoughts: a cross-sectional descriptive study via anonymous web-based survey. *Environ Health*. 2016; 15 (1): 121. DOI: 10.1186/s12940-016-0200-6. Erratum in: *Environ Health*. 2017; 16 (1): 129. DOI: 10.1186/s12940-017-0341-2
31. Голенков А.В. Авиакатастрофа как способ самоубийства. *Девиянтология*. 2020; 4 (2): 3-7. [Golenkov A.V. Airplane crash as a method of suicide. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (2): 3-7.] (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/devi.20-4-02(7)-3-7
32. Tomasello P, Brambati F, De Rooy D, et al. MESAFAE, D.1.1. Report on the review of diagnostic measures. EASA, 2022.
33. Филоненко В.А. Подготовка персонала и специфика управления социально-трудовыми отношениями в морской индустрии. *Основные тенденции развития высшего образования в России и за рубежом*. Коллективная монография. Отв. Ред. А.Ю. Нагорнова, Т.Б. Михеева. Ульяновск: Изд-во "Зебра". 2022: 247-257.
34. Oldenburg M, Jensen HJ, Wegner R. Burnout syndrome in seafarers in the merchant marine service. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2013; 86: 407-416. DOI: 10.1007/s00420-012-0771-7

35. Rydstedt LW, Lundh M. An ocean of stress? The relationship between psychosocial workload and mental strain among engine officers in the Swedish merchant fleet. *International Journal of Maritime Health*. 2010; 62: 168-175.
36. Rydstedt LW, Lundh M. Work demands are related to mental health problems for older engine room officers. *International Journal of Maritime Health*. 2012; 63: 176-180.
37. Carotenuto A, Fasanaro AM, Molino I, et al. The Psychological General Well-Being Index (PGWBI) for assessing stress of seafarers on board merchant ships. *International Maritime Health*. 2013; 64: 215-220. DOI: 10.5603/imh.2013.0007
38. Carotenuto A, Molino I, Fasanaro AM, Amenta F. Psychological stress in seafarers: a review. *International Maritime Health*. 2014; 63: 188-194.
39. Hjarnoe L, Leppin A. A risky occupation? (Un)healthy lifestyle behaviors among Danish seafarers. *Health Promotion International*. 2014; 29: 720-729. DOI: 10.1093/heapro/dat024
40. Slišković A, Penezić Z. Lifestyle factors in Croatian seafarers as relating to health and stress on board. *Work*. 2017; 56 (3): 371-380. DOI 10.3233/WOR-172501
41. Grappasonni I, Petrelli F, Amenta F. Deaths on board ships assisted by the Centro Internazionale Radio Medico in the last 25 years. *Travel Med Infect Dis*. 2012; 10 (4): 186-191. DOI: 10.1016/j.tmaid.2012.06.006
42. Ланцева В.Ю., Мигда Н.С. Правовое регулирование и организация охраны здоровья и медицинского обслуживания моряков на судах торгового флота. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022; 30 (1): 65-71. DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-1-65-71
43. Lantseva VYu, Migda NS. The legal regulation and organization of health protection and medical care of sailors of merchant marine ships. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneni i istorii meditsini*. 2022; 30 (1): 65-71. (In Russ.) DOI: 10.32687/0869-866X-2022-30-1-65-71
44. Alderton T, Bloor T, Kahveci M, et al. *The Global Seafarer: Living and working conditions in a globalized industry*. International Labour Office, 2004, Geneva: ILO, 208 p.
45. Seafarer Workforce Report (2021). *The Global Supply and Demand for Seafarers in 2021*, ICS & BIMCO. Wytherbis. 2021. 106 p.
46. Hand M. Seafarer officers' wages have stagnated over the last decade. *Seatrade Maritime News*. 2018. URL: <https://www.seatrade-maritime.com/asia/seafarer-officers-wages-have-stagnated-over-last-decade> (date of access – 10.08.2024)
47. Khaliq U. Jurisdiction, Ships and Human Rights Treaties. In: *Jurisdiction Over Ships. Publications on Ocean Development*, Vol. 80. H. Ringbom (ed.), Brill. 2015.
48. Haka M, Borch DF, Jensen C, et al. Should I stay or should I go? Motivational profiles of Danish seafaring officers and non-officers. *Int Marit Health*. 2011; 62: 20–30.
49. Furness-Smith J. Rising suicide rates among seafarers linked to internet usage. *Lloyd's List*. 2017 (date of access – 05.08.2024) <https://lloydslist.maritimeintelligence.informa.com/LL108684/Rising-suicide-rates-among-seafarers-linked-to-internet-usage> (assessed July, 2023).
50. Lucas D, Coadic N, Jégaden D. Assessment of mental health and psychosocial factors in French merchant officer cadets. *International Maritime Health*. 2023; 74 (1): 62-69. DOI: 10.5603/IMH.2023.0007
51. Şenbursa N, Şenbursa G, Sivri F, Uğurlu Ö, Çelik B. Understanding seafarers' physical and mental health. *Journal of International Maritime Safety, Environmental Affairs, and Shipping*. 2024; 8: 4; 2421708, DOI: 10.1080/25725084.2024.2421708
52. Aladag O, Altıpinar I. Nomophobia and its effects on seafarers. *Work*. 2023; 74: 1429-1435. DOI: 10.3233/WOR-210948
53. Allen JP, Cross G, Swanner J. Suicide in the Army: a review of current information. *Mil Med*. 2005; 170 (7): 580–584. DOI: 10.7205/milmed.170.7.580
54. DASA. Suicide and open verdict death in the UK regular Armed Forces 1984–2006. 2007. Available at. <http://www.DASA.mod.uk>
55. Micklewright S. Deliberate self-harm in the Royal Navy. An audit of cases presenting to the Department of Community Mental Health, between 1 March 1999 and 28 February 2002. *JR Nav Med Serv*. 2005; 91 (1): 12–25.
56. Шараевский Г.Ю., Колкутин В.В., Фегисов В.А. Судебно-медицинская оценка смертей от внешних причин на военно-морском флоте. *Военно-медицинский журнал*. 2002; 323: 7-10. [Sharaevskiy GY, Kolkutin VV, Fetisov VA. Medical-forensic evaluation of deaths from external causes in the Navy. *Voennomeditsinskiy Zhurnal. Military-Medical J*. 2002; 323: 7–10.] (In Russ)
57. Rozanov V. Mental health problems and suicide in the younger generation — implications for prevention in the Navy and merchant fleet. *International Maritime Health*. 2020; 71 (1): 34-41. DOI: 10.5603/IMH.2020.0009
58. Что толкает моряков за борт? Российской профессиональный союз моряков. 2017. http://www.sur.ru/ru/news/lent/2017-10-06/chto_tolkaet_morjakov_za_bort/ (дата обращения – 21.11.2024 г.). [What pushes seafarers overboard? Russian Seafarers' Trade Union. (date of access – 21.11.2024)] (In Russ)
59. Чрезвычайные нагрузки и тяжелые условия труда в море пагубно влияют на здоровье. Российской профессиональный союз моряков. 2023. http://sur.ru/ru/news/lent/2023-09-22/chrezvychajnye_nagruzki_i_tjazhelye_uslovija_truda_v_more_pagubno_vlijajut_na_zdorove_22776/ (дата обращения – 20.11.2024 г.). [Extreme workload and harsh working conditions at sea have a detrimental effect on health. Russian Seafarers' Trade Union. (date of access – 20.11.2024)] (In Russ)
60. New mobile app offers seafarers offline access to ISWAN's 24-hour support and resources. The Shipowners club. 2021. <https://www.shipownersclub.com/latest-updates/news/new-mobile-app-offers-seafarers-offline-access-iswans-24-hour-support-and-resources/> (дата обращения – 20.11.2024 г.) (In Russ)
61. Maritime & Coastguard Agency. Wellbeing at Sea tool supporting seafarers' health and well-being. <https://www.wellbeingseatool.com/> (дата обращения – 21.11.2024 г.)
62. Судовладельцам необходимо делиться информацией о случаях самоубийств в море. Российской профессиональный союз моряков. 2022. <http://www.xn>

-11afcf.xn--plai/ru/news/lent/2022-01-21/sudovladelcam_neobkhodimo_delitsja_informaciej_o_sluchajakh_samoubijstv_v_more_20856/ (дата

обращения – 21.11. 2024 г.). Shipowners need to share information on cases of suicide at sea. Russian Seafarers' Trade Union (date of access – 21.11. 2024). (In Russ)

SUICIDES AMONG SEAFARERS: FROM ANTIQUITY LEGENDS TO CONTEMPORARY CONTEXT

V.A. Rozanov

St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia; v.rozanov@spbu.ru
V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

Abstract:

Rationale. In recent years, the issue of suicides among merchant seafarers has been raised in various sources with increasing frequency. It is necessary to analyze this problem from the point of view of possible reasons for the raise of the number of cases. It is also important to develop rational approaches to prevention, taking into account the peculiarities of labor of this continent. *Methodology.* A descriptive review based on a search of both scientific and online (“grey”) sources, taking into account all possible aspects of the problem - suicidological, medical, occupational, hygienic, economic and legal. *Results.* There is a lack of objective data in this area, all studies based on registering mortality and its causes have been performed in the second half of the last century. These sources are outdated and also provide contradictory information; in some cases the indices among seafarers are significantly lower than among working men in the general population, but sometimes at the same level. Some academic bodies have given cautious estimates in recent years indicating an increase in mortality among merchant seafarers. There is considerable uncertainty in the qualification of what has happened, so far as often people simply disappear from the ship. At the same time, contemporary online sources belonging to trade unions, maritime businesses or public organizations paint a rather grave picture, claiming a multiple increase in recent years. Suicides on board are directly related to increased stress levels and psycho-emotional strain in the workplace, especially during pandemic. Many sources attribute the unfavorable dynamics to the global changes that have taken place in the maritime business in recent decades, the disappearance of national shipping companies, and the policies of large shipping companies that minimize their costs by hiring cheaper labor and intensifying workload in the industry. Numerous studies indicate that the leading problem nowadays is the deterioration of seafarers' mental health, the spread of anxiety, depression and suicidal thoughts in small international multilingual crews, with high probability of conflicts and bullying. One of the probable causes may be recruiting of young personnel with existing mental health problems, internet addiction and low stress tolerance. *Conclusion.* Suicides among seafarers appear to be on an upward trend. The active position of many professional structures influences shipping companies and stimulates a variety of prevention measures based mainly on online technologies, mobile apps, surveys and dissemination of positive recommendations to promote seafarers' mental health. It would be advisable to strengthen educational approaches for future shipmasters in specialized higher education institutions and to intensify training in the field of mental health of doctors of medical commissions for shipboard personnel selection.

Keywords: suicidal behavior, seafarers, mental health, stress, modernity

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: 09.09.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 24.10.2024.

Для цитирования: Розанов В.А. Самоубийства среди мореплавателей: от античности до наших дней. *Суицидология* 2024; 15 (4): 67-93. doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-04(57)-67-93

For citation: Rozanov V.A. Suicides among seafarers: from antiquity to contemporary context. *Suicidology*. 2024; 15 (4): 67-93. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-04(57)-67-93

ЗМЕИНЫЙ ЯД КАК СРЕДСТВО УБИЙСТВ И САМОУБИЙСТВ

А.В. Голенков, В.А. Козлов, А.В. Филоненко, П.Б. Зотов

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия
БУ «Республиканская детская клиническая больница», г. Чебоксары, Россия
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

SNAKE VENOM AS A MEANS OF MURDER AND SUICIDE

A.V. Golenkov, V.A. Kozlov,
A.V. Filonenko, P.B. Zotov

Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
Republican Children's Clinical Hospital, Cheboksary, Russia
Tyumen State Medical University, Tyumen

Сведения об авторах:

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

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

Филоненко Александр Валентинович – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 8545-8680; ORCID iD: 0000-0001-7236-5410). Место работы и должность: доцент кафедры педиатрии и детской хирургии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 45; БУ «Республиканская детская клиническая больница». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 15. Телефон: +7 (905) 197-63-81, электронный адрес: filonenko56@mail.ru

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: 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) 20-16-70, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Information about the authors:

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

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

Filonenko Aleksandr Valentinovich – MD, PhD (SPIN-code: 8545-8680; ORCID iD: 0000-0001-7236-5410). Place of work and position: assistant professor of the department of pediatrics and pediatric surgery, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: 45 Moskovsky prospect, Cheboksary Republican Children's Clinical Hospital. Address: 15 Moskovsky prospect, Cheboksary. Phone: +7 (905) 197-63-81, email: filonenko56@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 and position: 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

Использование яда змей как средства для совершения самоубийств, так и убийств – редкое явление. Цель исследования – изучить преимущественно по научной литературе случаи насильственных смертей, совершённых с помощью укуса (яда) змей. Материалы и методы. Поиск случаев убийств и самоубийств с

использованием змеиного яда проводился в поисковых системах Google, Яндекс, Medline (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) и Википедия (<https://ru.wikipedia.org/wiki>; <https://en.wikipedia.org/wiki>). Стратегия поиска включала ключевые слова: snake venom (змеиный яд), snake bite (змеиный укус) и suicide behavior (суицидальное поведение), и homicide (убийство). *Результаты.* Описаны и проанализированы шесть случаев суицидального поведения (три со смертельным исходом) и три убийства (жертвы: трое детей, пожилая пара, молодая женщина), случившихся в Великобритании, Германии (2), Египте, Индии (3), России и США. Суицидальные попытки совершили мужчины в возрасте 20-50 лет, на депрессивном фоне с актуальной психопатологической симптоматикой, не имеющие постоянной работы, одинокие или с конфликтными отношениями с женами, с суицидальной активностью в анамнезе, злоупотребляющие алкоголем, многие (4 из 6) из них интересовались (работали) змеями и страдали выраженными психическими расстройствами (шизофрения, депрессия, алкогольная зависимость). Всеми для достижения своих замыслов выбирались очень ядовитые змеи (кобра, мамба, гадюка, ромбовидная гремушечная змея). Большая редкость описанных случаев как преднамеренных актов насилия объясняется трудностями их верификации, приближения отравления ядами змей к естественным условиям непредвиденного события с неожиданным стечением обстоятельств, повлекших быструю смерть. При попытках самоубийств высоко вероятны явления диссимуляции суицидента, активное нежелание обсуждать их причины. Такие самоубийства хорошо укладываются в так называемые «замаскированные» (не выявленные, не учтённые) случаи добровольного ухода из жизни, а убийства – в «идеальное преступление (убийство)». Все агрессоры – молодые мужчины, убившие близких родственников с корыстной целью. *Заключение.* Собранные и описанные случаи самоубийств и убийств дополняют наши представления о возможных и редких случаях насильственной смерти, наступающих от воздействия на человека яда (укуса) змей. В средствах массовой информации разных стран, особенно в последнее время, периодически встречаются сенсационные репортажи о суицидальном поведении, попытках убийства и противоправном поведении с использованием змей.

Ключевые слова: суицидальное поведение, убийства, яд и укусы змей, клинические случаи

Отравление является ведущей причиной смертности в большинстве стран с низким и средним уровнем дохода [1, 2]. Оно считается глобальным бременем, хотя характер отравлений может различаться в отдельных регионах мира [3, 4]. Так, на западе Индии (штат Гуджарат) из 1092 случаев отравлений с суицидальной целью было больше, чем случайных. Обнаружено 49 конкретных ядов, среди которых преобладали непреднамеренные отравления укусами змей (344 случая, умерло 14 из 210 мужчин, или 6,7%), инсектицидными веществами и фосфидом алюминия (больше всего умерших). Большинство случаев из специфических ядов приходилось на укусы змеями (в возрастном диапазоне 20-30 лет, средний период выживания составил 0,30 дня). Отравления чаще наблюдались у женатых, проживающих в сельской местности, во время дневных событий и в сезоны муссонов [5]. В Бангладеш в 2003-2006 гг. среди отравлений (вторая ведущая причина смерти в стране) укусы змей находились на четвёртом месте (12,9%). Как и в Индии лидировали отравления суицидального характера (68,7%), на случайные приходилось 15,9%, с целью убийства – 15,2%. От укусов змей умерло 6,5% от числа всех пострадавших [6].

Poisoning is the leading cause of death in most low- and middle-income countries [1, 2]. It is considered a global burden, although the nature of poisoning may vary in different regions of the world [3, 4]. For example, in western India (Gujarat state), out of 1092 cases of poisoning, suicidal intent outnumbered accidental. Forty-nine specific poisons were detected, with the most common unintentional poisonings being snakebites (344 cases, 14 out of 210 men died, or 6.7%), insecticides, and aluminum phosphide (the largest number of deaths). Most cases of specific poisons were snakebites (in the age range of 20–30 years of age, the average survival time was 0.30 days). Poisonings were more typical for married individuals, living in rural areas, during daytime events, and during monsoon seasons [5]. In Bangladesh, snake bites were the fourth most common poisoning (the second leading cause of death in the country) in 2003-2006 (12.9%). As in India, suicidal poisonings were the leading cause (68.7%), accidental poisonings accounted for 15.9%, and homicidal poisonings accounted for 15.2%. Snake bites were re-

Больше всего смертей в мире от змеиного яда происходит в странах Южной Азии, среди которых лидирует Индия. В 2019 г. от укусов змей погибло более 63000 человек. Подавляющее большинство таких смертей было зарегистрировано в Индии (51000) – более 3,3-6 на 100000 стандартизованных по возрасту коэффициент смертности; в России и многих странах мира этот показатель колеблется в пределах 0-0,01 [7].

Каждый год вследствие змеиных укусов происходит от 81410 до 137880 случаев смертей в мире и примерно втрое больше ампутаций и других случаев стойкой (бессрочной) инвалидности [цит. 8]. Случаи укусов змеями, в том числе со смертельным исходом, чаще происходят у людей определённых профессий (заклинатели, дрессировщики змей, исследователи, торговцы змеями, змееловы, спасатели, герпетологи, владельцы) и любителей экзотических животных (держатели террариумов со змеями) [9, 10].

В США часто страдают от укусов змей члены некоторых пятидесятнических церквей (около 100 общин с общей численностью более 2500 членов), в частности представители секты «змееносцев», которые во время службы (религиозных ритуалов) берут на руки ядовитых змей (гремучих змей, полосатых гремучников) и пьют их яд, чтобы показать, что они истинно верующие и Бог хранит их от укусов (яда) змей. Не случайно в течение более чем 100 лет регулярно регистрируются смерти от укуса змей (погибло более 90 человек) священнослужителей (пасторов) этой церкви и некоторых прихожан (новых верующих) [11].

В последнее десятилетие (2015-2024) прослеживается тенденция увеличения публикаций в средствах массовой информации (СМИ) разных регионов мира (Австрия, Индия, Индонезия, Китай, Россия, США и др.), включая интернет, о змеях (укусах ими людей в необычных ситуациях): с целями запугивания окружающих, розыгрышей (шуток), воспитания детей, несчастных случаев при содержании дома, получения показаний у преступника на допросе, использование их как орудий для совершения убийств и самоубийств [12-20].

Цель исследования – изучить преимущественно по научной литературе случаи насильственных смертей, совершённых с помощью укуса (яда) змей.

sponsible for 6.5% of all victims' deaths [6].

The largest number of deaths from snake venom in the world occur in South Asian countries, with India leading the way. In 2019, more than 63,000 people died from snake bites. The vast majority of such deaths were recorded in India (51,000) – more than 3.3-6 per 100,000 age-standardized death rates; in Russia and many countries around the world, this figure ranges from 0-0.01 [7].

Every year, snakebites result in between 81,410 and 137,880 deaths worldwide and approximately three times as many amputations and other permanent disabilities [cit. 8]. Snakebites, including fatalities, are more common among people in certain professions (snake charmers, snake handlers, researchers, snake dealers, snake catchers, rescuers, herpetologists, owners) and exotic animal lovers (snake terrarium keepers) [9, 10].

In the USA, members of some Pentecostal churches (about 100 communities with a total of over 2,500 members) often suffer from snake bites, in particular representatives of the "snake-bearers" sect, who during services (religious rituals) take poisonous snakes (rattlesnakes, striped rattlesnakes) in their hands and drink their venom to show that they are true believers and that God protects them from snake bites (venom). It is no coincidence that for more than 100 years, deaths from snake bites (more than 90 people have died) have been regularly recorded among clergy (pastors) of this church and some parishioners (new believers) [11].

In the last decade (2015-2024), there has been a tendency of the increased number of publications in the media of different regions of the world (Austria, India, Indonesia, China, Russia, the USA, etc.), including the Internet, about snakes (bites of people in unusual situations): for the purpose of intimidating others, pranks (jokes), raising children, accidents in the home, obtaining testimony from a criminal during interrogation, using them as tools to commit murders and suicides [12-20].

The aim of the study is to study, primarily from scientific literature, cases of violent deaths committed with the help of snake bites (venom).

Таблица / Table 1

Случаи суицидальных действий с использованием яда (укуса) змей
Cases of suicidal actions using snake venom (bite)

Пол, возраст Sex, age	Змея Snake	Исход Result	Причина Reason	Психические расстройства Mental disorder	Страна, год Country, year	Профессия, хобби Job, hobbie
Завершённые самоубийства Completed suicides						
M/M., 26 [22]	Смесь яда гадюк и Аспидовых A mixture of viper and asp venom	Умер через 12 часов после самоинъекции Died 12 hours after self-injection	Бредовые идеи Delusional ideas	Параноидная шизофрения Paranoid schizophrenia	Великобритания Great Britain, 1977	Не работал, переписывался со змеиной фермой/ Didn't work, corresponded with a snake farm
M/M., 18 [23, 24]	Моноклевая кобра Monocle Cobra	Найден без сознания в своей машине, умер в больнице; несколько укусов змеи Found unconscious in his car, died in hospital; multiple snake bites	Нет данных No data	Суицидальные мысли в анамнезе, на вскрытии в организме были обнаружены марихуана и амфетамины History of suicidal ideation, autopsy revealed marijuana and amphetamines in the body	США USA, 2015	Владелец кобры; работал в зоомагазине своей матери, рекламировал змей Cobra owner; worked in his mother's pet store, promoting snakes
M/M., 32 [21]	Черная Мамба Black mamba	Умер через 36 часов после укуса Died 36 hours after the bite	Расставание с женой Saparation with his wife	Нет данных No data	Россия Russia, 2017	Блогер, серпентолог Blogger, serpentologist
Незавершённые самоубийства Incomplete suicides						
M/M., 20 [9]	Слоеная гадюка, плюющая кобра Puff adder, spitting cobra	Ампутация пальца A finger amputation	Одиночество, боль в половом члене Loneliness, pain in the penis	Гебефреническая шизофрения Hebephrenic schizophrenia	Германия Germany, 2008	Рабочий, владелец змей Worker, snake owner
M/M., 50 [10]	Моноклевая кобра Monocle Cobra	Выписан из больницы на 5 день Discharged from hospital on day 5	Безработица, конфликт в семье Unemployment, conflict in the family	Алкоголизм Alcohol abuse	Индия India, 2016	Заклинатель змей Snake charmer
M/M., 35 [25]	Ромбовидная гремучая змея, малазийская болотная гадюка Diamondback rattlesnake, Malaysian swamp viper	Ампутация плеча Shoulder amputation	Расставание с женой и ребёнком Separation from wife and child	Рекуррентная депрессия с алкогольной зависимостью, суицидальные попытки Recurrent depression with alcohol dependence, suicide attempts	Германия Germany, 2016	Герпетолог Herpetologist

Материал и методы

Поиск случаев убийств и самоубийств с использованием змеиного яда проводился в поисковых системах *Википедия* (<https://ru.wikipedia.org/wiki>; <https://en.wikipedia.org/wiki>), Google, Яндекс, *Medline* (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>). Стратегия поиска включала ключевые слова: snake venom (змеиный яд), snake bite (змеиный укус) и suicide behavior (суицидальное поведение), и homicide (убийство).

Результаты исследования

Завершённые самоубийства

Известный блогер-серпентолог, мужчина 32 лет, с суицидальной целью натравил на себя чёрную мамбу. Сделано это было по время прямой интернет-трансляции на принадлежащем ему канале.

По ходу передачи много рассуждал о смерти, рассказывал о своём недавнем расставании с женой, просил позвонить ей по названному номеру. После этого потерял сознание и по вызову зрителей был госпитализирован в НИИ Скорой помощи им. И.И.Джанелидзе (Санкт-Петербург), где скончался на второй день в отделении клинической токсикологии. Ведущий научный сотрудник в интервью отметил высокорезорбтивное действие яда чёрной мамбы, который быстро всасывается и «находит свои органы-мишени». Интенсивные лечебно-реанимационные мероприятия в течение полутора суток оказались не эффективными [21]. Другие случаи суицидального поведения представлены в табл. 1.

В. Knight и соавт. впервые (1977) описали необычный случай самоубийства молодого человека 26 лет, страдающего шизофренией (с 14 лет), который ввёл себе подкожно змеиный яд с помощью шприца [22]. В анамнезе две суицидальные попытки. Первая – в возрасте 15 лет путём передозировки наркотиков, вторая – в 23 года отравлением нитразепамом. В школьные годы неоднократно заявлял, что обязательно покончит с собой.

За несколько месяцев до смерти высказывал параноидные идеи, становясь крайне враждебным к своему отцу. За несколько дней до смерти начал вести себя ещё более странно, приставал к женщине, полагая, что она полицейский, шпионящий за ним. Из-за ухудшения психического состояния и возможного развития агрессивных тенденций помещён в психиатрическую больницу. Однако был выписан и вернулся домой в тот же день. Отец всё же убедил его лечиться в стационаре. При возвращении в психиатрическую больницу говорил, что якобы вы-

Material and methods

A search for cases of murder and suicide using snake venom was conducted in the search engines Google, Yandex, Medline (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) and Wikipedia (<https://ru.wikipedia.org/wiki>; <https://en.wikipedia.org/wiki>). The search strategy included the keywords: snake venom, snake bite, suicide behavior, homicide.

Study results

Completed suicides

A well-known blogger-serpentologist, a 32-year-old man, set a black mamba on himself for suicidal purposes.

This was done during a live Internet broadcast through his channel. During the program, he talked a lot about death, talked about his recent separation from his wife, and asked her to call him at the number he provided. After this, he lost consciousness and, at the request of spectators, was hospitalized at the I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Care (St. Petersburg), where he died on the second day in the clinical toxicology department. In an interview, the leading researcher noted the highly resorptive effect of the black mamba's venom, which is quickly absorbed and "finds its target organs." Intensive medical and resuscitation measures over a period of one and a half days were ineffective [21]. Other cases of suicidal behavior are presented in Table 1.

В. Knight et al. first (1977) described an unusual case of suicide of a young man of 26 years of age suffering from schizophrenia (since the age of 14), who injected himself subcutaneously with snake venom using a syringe [22]. There were two suicide attempts in his anamnesis. The first was at the age of 15 by drug overdose, the second was at the age of 23 by nitrazepam poisoning. During his school years, he repeatedly stated that he would definitely commit suicide. Several months before his death, he expressed paranoid ideas, becoming extremely hostile to his father. Several days before his death, he began to behave even more strangely, pestering a woman, believing that she was a police officer spying on him. Due to the deterioration of his mental state and the possible development of aggressive tendencies, he was placed in a psychiatric hospital. However, he was dis-

пил дома немного спиртного. Позже вечером осматривался дежурным врачом, так как был возбуждён и находился в состоянии обморока с повышенным кровяным давлением и учащённым пульсом. Жаловался на сильную жажду, говорил, что ввёл себе инсулин. Однако затем неожиданно прошептал на ухо врачу: «Это змеиный яд, а не инсулин». Из-за быстрого ухудшения физического состояния был переведён из психиатрического стационара в близлежащую больницу общего профиля, где его лечили как подозреваемого в отравлении змеиным ядом. Вводилась поливалентная антисыворотка к европейским змеям, но он впал в кому и умер рано утром следующего дня, через 12 часов после того, как впервые почувствовал себя плохо.

В доме проводился обыск, был обнаружен самодельный шприц с остатками яда. Члены семьи сообщили, что за год-два до смерти они перехватили переписку, указывающую на то, что сын пытался купить пресмыкающихся и их продукцию.

Лабораторное исследование показало, что яд гадюки кроталид (ямкоголовой) и габонской гадюки реагировал со всеми антисыворотками вплоть до 1/128, а жидкость из места инъекции – до 1/2. Яд гремучей змеи реагировал с антисыворотками кроталид и центральноафриканской слоеной (шумящей) гадюки вплоть до 1/2048. Ввиду этих результатов и клинической картины (относительно быстрой смерти без геморрагических симптомов), было высказано предположение, что умерший ввёл себе либо смесь гемотоксичных и нейротоксичных ядов, либо яд центральноафриканской шумящей гадюки [22].

Третий случай произошёл в США, штат Техас. Молодой человек 18 лет, был найден без сознания в машине, припаркованной у магазина Lowe's в Остине [23]. Через некоторое время он умер в больнице. Внутри машины власти нашли пустую клетку для змеи, а позже на той же парковке обнаружили мертвой пропавшую монóклевую кобру. Смерть подростка была признана самоубийством из-за укуса змеи (по заключению судебно-медицинской экспертизы, потерпевший покончил с собой, позволив кобре укусить себя «несколько» раз). Решение основано на том факте, что он не пытался оттащить от себя змею, когда она проколола его кожу. Суицидент был правой, поскольку первая рана от укуса была на его левом плече, что характерно для человека с доминирующей правой рукой. Согласно отчёту, у него также была «история суицидальных мыслей». Поми-

charged and returned home on the same day. His father nevertheless convinced him to undergo inpatient treatment. Upon returning to the psychiatric hospital, he claimed to have drunk some alcohol at home. Later that evening, he was examined by the doctor on duty, as he was agitated and in a state of fainting with high blood pressure and rapid pulse. He complained of extreme thirst, and said that he had injected himself with insulin. However, he then unexpectedly whispered in the doctor's ear: "This is snake venom, not insulin." Due to the rapid deterioration of his physical condition, he was transferred from the psychiatric hospital to a nearby general hospital, where he was treated as a suspect in snake venom poisoning. Polyvalent antiserum to European snakes was administered, but he fell into a coma and died early the next morning, 12 hours after he first felt ill.

A search was conducted in the house, a homemade syringe with traces of poison was found. Family members reported that a year or two before his death they had intercepted correspondence indicating that the son had attempted to purchase reptiles and their products.

Laboratory testing showed that the venom of the pit viper and the Gaboon viper reacted with all antisera up to 1/128, and the fluid from the injection site up to 1/2. The venom of the rattlesnake reacted with the antisera of the pit vipers and the Central African puff adder up to 1/2048. In view of these results and the clinical picture (relatively rapid death without hemorrhagic symptoms), it was suggested that the deceased had injected himself with either a mixture of hemotoxic and neurotoxic venoms or the venom of the Central African puff adder [22].

The third case occurred in the United States, in the state of Texas. An 18-year-old man was found unconscious in a car parked at a Lowe's store in Austin [23]. He died a short time later in the hospital. Inside the car, authorities found an empty snake cage, and later, the missing monocle cobra was found dead in the same parking lot. The teenager's death was considered a suicide due to a snake bite (according to the medical examiner's conclusion, the victim committed suicide by allowing the cobra to bite him "several" times). The decision is based

мо смертельного змеиного яда, в организме потерпевшего также были обнаружены марихуана и амфетамины [24].

Незавершённые самоубийства

20-летний рабочий будто бы был укушен слоёной (шумящей) гадюкой (*Bitis arietans*) и госпитализирован в токсикологическое отделение. Позже признался, что пытался покончить жизнь самоубийством. В качестве причин называл одиночество и невыносимую боль в половом члене около двух с половиной лет (многочисленные обширные медицинские обследования не смогли выявить какой-либо органической причины).

У пациента дома была монóклевая (плюющаяся) кобра. Он специально принял укус и даже позволил змее несколько раз плюнуть в него.

Из анамнеза известно, что больной дублировал первый класс школы. С 10-летнего возраста становился всё более замкнутым и неуверенным в себе. С 15 лет регулярно употреблял алкоголь, что не мешало ему заниматься спортом и добиваться высоких результатов на соревнованиях. В течение последних двух месяцев состоял в сексуальных отношениях с женщиной.

При осмотре: внимание и память немного снижены. Выглядит потеряннным в контакте, формально неловким, а также время от времени говорит о прошлом, выявляются выраженная конкретность и фиксация на болевых симптомах с коэнестезией в виде жгучих болей в половом члене. Определяются заметная паратимия и растерянность с очень незначительной модуляцией аффекта.

Лечился нейролептиками (кветиапином, галоперидолом, а позднее – оланзапином и рисперидоном), что привело к значительному улучшению в состоянии с отменой приёма анальгетиков. Состояние было квалифицировано в рамках гебепфренической шизофрении (МКБ 10: F20.1) [9].

35-летний специалист по рептилиям после завершения хирургического лечения травмы, полученной от укуса змеи и оказания неотложной психиатрической помощи для дальнейшего лечения направлен к психотерапевту [25].

Отец страдал рекуррентной депрессией, покончил жизнь самоубийством, застрелившись. С детства увлекался змеями. Первый укус змеи получил в 12 лет, когда травяную «любимую» змею случайно перепутал с чёрной гадюкой.

Болен рецидивирующей депрессией с суици-

on the fact that he did not try to pull the snake away from himself when it punctured his skin. The suicide attempter was right-handed, so the first bite wound was on his left shoulder, which is typical for a person with a dominant right hand. According to the report, he also had a "history of suicidal ideation." In addition to the deadly snake venom, marijuana and amphetamines were also found in the victim's body [24].

Incomplete suicides

A 20-year-old worker was allegedly bitten by a puff adder (*Bitis arietans*) and hospitalized in the toxicology department. He later admitted that he had attempted suicide. He cited loneliness and unbearable pain in his penis for about two and a half years as reasons (numerous extensive medical examinations failed to reveal any organic cause).

The patient had a monocle (spitting) cobra at home. He deliberately accepted the bite and even allowed the snake to spit at him several times.

It is known from the anamnesis that the patient was a first-grader. From the age of 10, he became increasingly withdrawn and unsure of himself. From the age of 15, he regularly drank alcohol, which did not prevent him from playing sports and achieving high results in competitions. Over the past two months, he has had sexual relations with a woman.

On examination: attention and memory are slightly reduced. He appears to be lost in contact, formally awkward, and also occasionally talks about the past; pronounced concreteness and fixation on pain symptoms with coenesthesia in the form of burning pain in the penis are revealed. Noticeable parathymia and confusion with very little affect modulation are determined.

He was treated with neuroleptics (quetiapine, haloperidol, and later olanzapine and risperidone), which led to a significant improvement in his condition with the discontinuation of analgesics. The condition was classified as hebephrenic schizophrenia (ICD 10: F20.1) [9].

A 35-year-old reptile specialist was referred to a psychotherapist for further treatment after completing surgical treatment for a snakebite injury and receiving emergency psychiatric care [25].

His father suffered from recurrent depression and committed suicide by shooting

дальними мыслями с раннего детства. Рано стал злоупотреблять алкоголем, что привело к серьёзному дорожно-транспортному происшествию в возрасте 26 лет. Был лишён водительских прав и направлен на коррекцию в группу нарушителей дорожного движения, страдающих алкогольной зависимостью. После этого в течение четырёх лет не пил, женился (в возрасте 32 лет).

С 33 лет регулярно ухудшалось настроение, пытался корригировать его приёмом алкоголя. На фоне выраженной депрессивной симптоматики совершил попытку самоубийства (отравился таблетками). Через месяц порезал себе вены на запястье. Проходил лечение в психиатрическом стационаре.

После увольнения на работе и конфликта с женой совершил ещё одну попытку самоубийства (ударил себя ножом в грудь с намерением поразить сердце). После лечения стал планировать новую попытку, которую отложил на некоторое время, чтобы найти надёжный способ самоубийства. Решил умереть от яда змеи. Для этого в местном зоопарке дал укусить себя ромбовидной гремучей змеей, а потом и малайзийской болотной гадюке в левое предплечье. Укусы сопровождались сильными болями и позже привели к ампутации левого плеча. Периодически обращался к психотерапевту по поводу спорадических суицидальных мыслей, госпитализировался в стационар из-за нестерпимых фантомных болей в культе [25].

50-летний женатый мужчина был госпитализирован в больницу Бхубанешвара (Индия) с предполагаемым случайным укусом моноклевого кобры [10]. Проходил обследование и получал специфическое лечение (в том числе поливалентную противозмеиную сыворотку). Выписан на пятый день.

После общения с очевидцами выяснилось, что в день укуса змеи находился под воздействием алкоголя и поссорился со своей женой. Затем, чтобы попытаться покончить жизнь самоубийством, схватил голову кобры, которая укусила его в тыльную поверхность правого предплечья.

Признался, что раньше работал заклинателем змей, но из-за ограничений на этот вид деятельности, лишился стабильного источника дохода. Имеет четырёх взрослых дочерей, которых нужно выдавать замуж. Из-за этих социальных и финансовых проблем начал злоупотреблять алкоголем. В роковой день был пьян и поссорился с женой. В ярости и разочаровании попытался совершить самоубийство.

himself. He has been fascinated by snakes since childhood. He received his first snake bite at the age of 12, when he accidentally confused his "favorite" grass snake with a black adder.

He has suffered from recurrent depression with suicidal thoughts since early childhood. He began to abuse alcohol early, which led to a serious traffic accident at the age of 26. He was deprived of his driver's license and sent for correction to a group of traffic violators suffering from alcohol addiction. After that, he did not drink for four years, got married (at the age of 32).

From the age of 33, his mood regularly worsened, he tried to correct it by drinking alcohol. Against the background of pronounced depressive symptoms, he attempted suicide (poisoned himself with pills). A month later, he cut his wrist. He was treated in a psychiatric hospital.

After being fired from work and a conflict with his wife, he made another suicide attempt (he stabbed himself in the chest with the intention of hitting the heart). After treatment, he began to plan a new attempt, which he postponed for some time in order to find a reliable method of suicide. He decided to die from snake venom. To do this, he allowed himself to be bitten by a diamondback rattlesnake at a local zoo, and then by a Malaysian swamp viper on the left forearm. The bites were accompanied by severe pain and later led to the amputation of his left shoulder. He periodically consulted a psychotherapist about sporadic suicidal thoughts, and was hospitalized due to unbearable phantom pain in the stump [25].

A 50-year-old married man was hospitalized in Bhubaneswar Hospital (India) with a suspected accidental bite of a monocled cobra [10]. He underwent examination and received specific treatment (including polyvalent anti-snake serum). He was discharged on the fifth day.

After talking to eyewitnesses, it turned out that on the day of the snake bite he was under the influence of alcohol and had a fight with his wife. Then, in an attempt to commit suicide, he grabbed the head of a cobra that bit him on the back of his right forearm.

Admitted that he used to work as a snake charmer, but due to restrictions on this type of activity, he lost his stable source

Использовал кобру, которую он ранее поймал в расставленной сети для ловли рыбы [10].

Из других случаев, описанных в электронных СМИ, можно привести следующие. 25-летний житель китайского города Ханчжоу попал в реанимацию после укуса южнокитайского многополосого крайта длиной около метра (1 мг яда взрослой особи достаточно, чтобы убить несколько человек), которого он заказал в интернете для самоубийства после неудачного вложения денег в свой коммерческий проект и разорения. Он позволил змее укусить себя, но через некоторое время яд начал действовать, и у него начались трудности с дыханием. При переводе в больницу суицидент оставался в сознании, умолял медиков спасти ему жизнь и обещал заплатить за оказанную помощь [16].

Убийства

Как видно из табл. 2, все случаи убийств касаются близких людей из семейного окружения [26-28]. Есть обычные убийства, двойные и даже детские тройные убийства с использованием укусов очень ядовитых змей (кобр); укус гадюки Рассела не привел к желаемому смертельному исходу, хотя на укусы этой змеи приходится примерно половина всех смертельных случаев от яда рептилий в географическом ареале от Юго-Восточной Азии до Тайваня [7, 8].

В двух случаях преступники тщательно готовились к убийству с использованием змей, изучали их повадки и особенности обращения. В третьем случае наёмным киллером был специалист по змеям [26-28].

В первом случае (Индия, 2012) наёмным убийцей (заказчик сын потерпевшего) был заклинатель змей, который натравил свою моноклевою кобру на предварительно похищенных пожилых людей, содержащихся в легковом автомобиле. После этого водитель отвёз потерпевших в частную больницу, где они умерли в течение часа после укуса змеи. Сособщники пытались выдать смерть двух пожилых людей за несчастный случай. Углублённое расследование показало, что старший сын пожилой пары из-за имущественного спора с отцом, нанял убийцу по контракту, а также тщательно продумал и организовал убийство своих родителей [26].

Детское тройное убийство (Египет, 2016) было обусловлено мизогинией отца к трём несовершеннолетним дочерям от первого брака и отсутствием наследника. Во втором браке у преступника родился мальчик. Отец решил избавиться от своих девочек.

of income. He has four adult daughters who need to be married off. Due to these social and financial problems, he began to abuse alcohol. On the fateful day, he was drunk and had a fight with his wife. In rage and frustration, he attempted to commit suicide. He used a cobra that he had previously caught in a fishing net [10].

Other cases described in the electronic media include the following. A 25-year-old resident of the Chinese city of Hangzhou was admitted to intensive care after being bitten by a southern Chinese many-banded krait about a meter long (1 mg of venom from an adult is enough to kill several people), which he ordered online for suicide after an unsuccessful investment in his commercial project and bankruptcy. He allowed the snake to bite him, but after a while the poison began to take effect and he began to have difficulty breathing. When transferred to the hospital, the suicide remained conscious, begged the doctors to save his life and promised to pay for the help provided [16].

Murders

As can be seen from Table 2, all cases of murder concern close people from the family environment [26-28]. There are ordinary murders, double and even triple murders of children using bites of very poisonous snakes (cobras); the bite of Russell's viper did not lead to the desired fatal outcome, although bites of this snake account for about half of all deaths from reptile venom in the geographic area from Southeast Asia to Taiwan [7, 8].

In two cases, the criminals carefully prepared for the murder using snakes, studied their habits and handling characteristics. In the third case, the hired killer was a snake specialist [26-28].

In the first case (India, 2012), the contract killer (the victim's son) was a snake charmer who set his monocled cobra on the elderly people who had been kidnapped and were being held in a car. The driver then took the victims to a private hospital, where they died within an hour of being bitten by the snake. The accomplices tried to pass off the deaths of the two elderly people as accidents. Further investigation revealed that the eldest son of the elderly couple hired a contract killer due to a property dispute with his father, and also carefully planned and organized the murder of his parents [26].

Таблица / Table 2

Случаи убийств в странах мира с использованием яда (укуса) змей
Cases of murders in countries of the world using snake venom (bite)

Змея Snake	Жертва Victim	Мотив, причина Motive, reason	Страна Country	Источник Source
Моноклевая кобра Monocle Cobra	Отец 84 лет и его жена 78 лет 84 years old father and his 78 years old wife	Коммерческий интерес, имущественный спор Commercial interest, property dispute	Индия India, 2012	[26]
Египетская кобра Egyptian Cobra	Дочери 4, 6 и 9 лет 4, 6 and 9 year old daughters	Ненависть к нежеланным дочерям Hatred of unwanted daughters	Египет Egypt, 2016	[27]
Гадюка Рассела (попытка убийства), очковая кобра Russell's viper (attempted assassination), spectacled cobra	Жена, 25 лет 25-year old wife	Завладеть золотым приданным своей жены и её полисом страхования жизни To take possession of his wife's gold dowry and her life insurance policy	Индия India, 2020	[28]

Чтобы осуществить свой план, он выучился на заклинателя змей и купил змею (египетскую кобру). Убийца заставил змею укусить троих детей несколько раз и оставил их умирать. После этого убил и сжёг змею [27]. Это преднамеренное убийство было доказано по косвенным доказательствам (сразу возникли сомнения в отравлении змеиным ядом, поскольку семья жили в квартире в городской местности, где змеи встречаются редко).

В третьем случае – супружеском убийстве в Индии – участвовала родительская семья убийцы в составе пяти человек, члены которой после смерти владелицы получили часть богатства (золото) убитой и её оплаченную медицинскую страховку. Убийство было раскрыто, в том числе с привлечением герпетолога, в заключении которого отмечались невозможность проникновения змей в дом жертвы и их нападения на потерпевшую; ловец змей также дал показания в суде (убийца купил у него змею как естественное орудие для совершения убийства, чтобы запутать следствие). Деликт был квалифицирован как убийство, совершённое с особой жестокостью [28].

В СМИ встречаются и покушения на убийства. Например, жительница Индии попыталась расправиться с мужем после ссоры на фоне совместного приёма алкоголя. Она пригласила домой своего подельника, с которым они избивали мужа и натравили на него цепочную гадюку. Змея укусила мужчину в шею, после чего сообщники сбежали. Пострадавшему (мужу) в ближайшей больнице оказали медицин-

The triple child murder (Egypt, 2016) was caused by the father's misogyny towards his three underage daughters from his first marriage and the absence of an heir. In his second marriage, the criminal had a boy. The father decided to get rid of his girls. To carry out his plan, he got trained as a snake charmer and bought a snake (an Egyptian cobra). The killer made the snake bite three children several times and left them dying. He then killed and burned the snake [27]. This premeditated murder was proven by circumstantial evidence (doubts about snake poisoning immediately arose, since the family lived in an apartment in an urban area where snakes are rare).

The third case – a spousal murder in India – involved the killer's parents' family of five, whose members received part of the wealth (gold) of the victim and her paid medical insurance after the death of the owner. The murder was solved, including with the involvement of a herpetologist, whose conclusion noted the impossibility of snakes entering the victim's house and attacking her. The snake catcher also testified in court (the killer bought a snake from him as a natural tool for committing the murder in order to confuse the investigation). The crime was classified as murder committed with particular cruelty [28].

The media also reports on attempted murders. For example, a woman from India tried to kill her husband after an argument

скую помощь и спасли жизнь [18].

Примечателен также следующий случай, описанный в СМИ. Для исполнения своего плана 40-летний самоубийца из австрийского города Леобен заперся у себя в квартире вместе с 50 змеями. Полиция успела среагировать, приехав на место и взломав дверь. Тогда этот мужчина («неблагодарный психопат») набросился на стражей порядка, схватив в руки две ядовитые кобры, потрясал змеями и выкрикивал угрозы. В это время одна из змей укусила нападавшего, что позволило его арестовать и в критическом состоянии госпитализировать в городскую больницу [12]. Если бы ему удалось полностью осуществить задуманное до конца, можно было бы говорить о постгомицидном самоубийстве, совершённом таким экстравагантным способом [29].

Обсуждение

Большая редкость приведённых нами случаев как преднамеренных актов насилия объясняется трудностями их верификации, приближения отравлений ядами змей к естественным условиям непредвиденного события с неожиданным течением обстоятельств, повлекших быструю смерть. При попытках самоубийств высоко вероятны явления диссимуляции суицидента, активное нежелание обсуждать их причины. Причины сокрытия объясняются страхами людей, быть непонятыми, подверженными чувству стыда, опасений ограничений и нежелательных последствий (само- и стигматизация), например, госпитализацией в психиатрическую больницу («постановки на учёт у психиатра»), защитным поведением пациента, его нежеланием принимать помощь окружающих (специалистов). Доля людей, скрывающих свои суицидальные мысли от медиков, довольно высока (от 58% – кто совершил суицидальную попытку до 95,9% – у кого по опроснику выявлялся синдром суицидального кризиса) [30].

Среди умерших от укусов ядовитых змей преобладают дети [31], пожилые люди, кто не обратился за медицинской помощью (обратился слишком поздно, либо лечился ненадлежащими методами (отсутствовали нужные противоядия) [1-3, 5, 6, 19]. В приведённых наблюдениях истинные суицидальные попытки совершали молодые мужчины (20, 35, 50 лет) на депрессивном фоне с актуальной психопатологической симптоматикой, не имеющие постоянной работы, одинокие или с конфликтными отношениями с женами, с суицидальной активностью в анамнезе, злоупотребляющие алкоголем (двое из трёх) [9, 10, 25].

while drinking alcohol together. She invited her accomplice to her home, with whom they beat her husband and set a chain viper on him. The snake bit the man in the neck, after which the accomplices fled. The victim (the husband) received medical assistance at the nearest hospital and his life was saved [18].

The following case, described in the media, is also noteworthy. In order to carry out his plan, a 40-year-old suicide attempter from the Austrian city of Leoben locked himself in his apartment with 50 snakes. The police managed to react by arriving at the scene and breaking down the door. Then this man ("ungrateful psychopath") attacked the law enforcement officers, grabbing two poisonous cobras in his hands, shaking the snakes and shouting threats. At that time, one of the snakes bit the attacker, which allowed him to be arrested and hospitalized in a critical condition in the city hospital [12]. If he had managed to fully carry out his plan to the end, one could talk about a post-homicidal suicide committed in such an extravagant way [29].

Discussion

The great rarity of the cases we have cited as intentional acts of violence is explained by the difficulties of their verification, the proximity of snake poisoning to natural conditions of an unforeseen event with an unexpected confluence of circumstances, resulting in rapid death. In suicide attempts, the phenomena of dissimulation of the suicide are highly probable, as is the active unwillingness to discuss their causes. The reasons for concealment are explained by people's fears of being misunderstood, being subject to a sense of shame, fears of restrictions and undesirable consequences (self- and stigmatization), for example, hospitalization in a psychiatric hospital ("registration with a psychiatrist"), the patient's defensive behavior, his unwillingness to accept help from others (specialists). The proportion of people hiding their suicidal thoughts from doctors is quite high (from 58% of those who made a suicide attempt to 95.9% of those who were diagnosed with suicidal crisis syndrome according to the questionnaire) [30].

Children [31] and elderly people who did not seek medical help (sought it too late, or were treated with inappropriate methods

Реакция на укус зависит от вида змеи, количества выделенного (впрыснутого) яда, индивидуальных особенностей пострадавшего, а также от глубины и места укуса.

(there were no necessary antidotes) predominant among those who died from vinegar poisoning of poisonous snakes [1-3, 5, 6, 19].

Таблица / Table 3

Токсикологические характеристики яда змей (описанные выше случаи)
Toxicological characteristics of snake venom (cases described above)

Вид змеи Snake type	Зоотоксины Zootoxins	LD50	Летальная доза для мужчины весом 70 кг Lethal dose for a 70 kg man	Время наступления смерти Time of death
Аспиды (кобры, мамбы и др.) Asps (cobras, mambas, etc.)				
Чёрная мамба Black mamba	Нейротоксины Дендротоксины Кардиотоксины Фасцикулины Кальцисептин Neurotoxins Dendrotoxins Cardiotoxins Fasciculins Calciseptin	0,011 мг/кг в/в 0.011 mg/kg IV	10-15 мг/mg	От 20-45 мин From 20-45 min
Моноклевая кобра или «Идийская плю- ющаяся кобра» Monocled Cobra or "Indian Spitting Co- bra"	Нейротоксины Кардиотоксины Миотоксины Цитотоксины Neurotoxins Cardiotoxins Endotoxins Cytokines	0,373 мг/кг, внутри- брюшинно – 0,225 мг/кг 0.373 mg/kg, intraperitoneally – 0.225 mg/kg		Возможна через 60 минут Available in 60 minutes
Египетская кобра Egyptian Cobra		0,12 мг/кг; 1,15 мг/кг п/к		Несколько минут до 6-16 часов A few minutes to 6-16 hours
Гадюковые (гадюки, гремучие змеи и др.) Vipers (vipers, rattlesnakes, etc.)				
Шумящая (слоеная) гадюка Puff adder		0,4-2,0 мг/кг в/в / mg/kg IV, 0,9-3,7 мг/кг пери- тонеально / intraperito- neally mg/kg и 4,4-7,7 мг/кг п/к mg/kg/ic	90-100 мг/mg	100 мг через 12-25 часов 100 mg after 12-25 hours
Ромбический гремучник Diamondback Rattlesnake	Гемотоксины Нефротоксины Некротоксины	Смертельность в результате укуса 10-30% Mortality from a bite is 10-30%		
Малоазиатская гадюка Asia Minor viper	Цитотоксины Nemotoxins Nephrotoxins Necrotoxins Cytotoxins	0,25-0,35-0,42 мг/кг 0.25-0.35-0.42 mg/kg	40 до 50 мг 40 to 50 mg	Летальность 0,3-2% Mortality 0.3-2%
Гадюка Рассела Russell's viper			45 мг 45 mg	Чрезвычайная сложность яда, поражающего весь организм The extreme com- plexity of a poison that affects the entire body

На одного умершего вследствие змеиных укусов приходится три человека с ампутацией конечностей и/или других случаев стойкой инвалидности [8].

В приведённых случаях суицидальных действий (завершённых и незавершённых самоубийств) и убийств (табл. 1, 2) встречаются отравления ядами змей двух семейств – аспидовых и гадюковых. Некоторые их токсикологические характеристики приведены в табл. 3 [32-34].

Яды этих змей обладают высокой токсичностью и представляют вероятность летального исхода даже при оказании специализированной медицинской помощи. Жертвы описанных случаев были молодыми мужчинами (18-35 лет) до последнего скрывающие свои суицидальные намерения, что затрудняло диагноз отравления (использование противоядий) и оказание экстренной медицинской помощи нуждающимся в реанимации и интенсивной терапии.

В отечественной литературе описаны случаи смерти от укуса гадюки [35], питона [13], но благоприятный для жизни исход от укуса голубой куфии [19], зелёной мамбы, яд которой отличается высокой степенью токсичности [36].

Укус гадюки считается потенциально опасным для человека, но крайне редко приводит к летальному исходу. В России смертельные случаи составляют 0,3-2,0%, в Луганской области (Народной Республике) у детей и подростков – от 0 до 2,4% – в 2009-2016 гг. [31]. Питон не является ядовитой змеей, однако его укус может вызвать сильную аллергическую реакцию и закончиться смертью, как и произошло в указанном выше случае [13].

Яд чёрной мамбы содержит быстродействующие и разнообразные зоотоксины (табл. 3). За один укус змея вводит до 400 мг яда (чаще 100-120 мг), а смертельная доза для взрослого человека составляет 10-15 мг. На фоне интоксикации, пострадавший человек чувствует жгучую боль местного характера, на месте укуса развивается выраженный отёк, периферический паралич, что при отсутствии антидота приводит к летальному исходу от дыхательной недостаточности [37]. Так, 17-летняя школьница в зимбабвийском регионе Центральный Машоналенд пришла на урок после занятий спортом вместе с другими учениками. Когда села на своё место, черная мамба укусила её в бедро. Врачи не успели оказать ей медицинскую помощь: девушка скончалась по дороге в больницу (с момента укуса прошло всего около 20 минут) [38].

In the given observations, true suicide attempts were made by young men (20, 35, 50 years of age) against a depressive background with current psychopathological symptoms, without a permanent job, lonely or with conflictual relationships with their wives, with a history of suicidal activity, abusing alcohol (two out of three) [9, 10, 25].

The reaction to the bite depends on the type of snake, the amount of venom released (injected), the individual characteristics of the victim, as well as the depth and location of the bite. For every one who died as a result of snake bites, there are three people with amputation limbs and/or other cases of persistent disability [8].

In the given cases of suicidal actions (completed and incomplete suicides) and murders (Tables 1, 2), poisoning with snake venoms of two families – aspids and vipers – occurs. Some of their toxicological characteristics are given in Table 3 [32-34].

The venoms of these snakes are highly toxic and may be fatal even with specialized medical care. The victims of the described cases were young men (18-35 years old) who hid their suicidal intentions until the very end, which made it difficult to diagnose poisoning (use antidotes) and provide emergency medical care to those in need of resuscitation and intensive care.

The domestic literature describes cases of death from a viper bite [35], a python [13], but favorable outcomes for life from a bite of a blue keffiyeh [19], a green mamba, whose venom is highly toxic [36].

A viper bite is considered potentially dangerous to humans, but extremely rarely leads to a fatal outcome. In Russia, fatal cases are 0.3-2.0%, in the Luhansk region in children and adolescents – from 0 to 2.4% – in 2009-2016 [31]. The python is not a poisonous snake, but its bite can cause a strong allergic reaction and result in death, as happened in the above case [13].

The black mamba's venom contains fast-acting and various zootoxins (Table 3). In one bite, the snake injects up to 400 mg of venom (usually 100-120 mg), and the lethal dose for an adult is 10-15 mg. Against the background of intoxication, the victim feels a burning pain of a local nature, severe swelling and peripheral paralysis develop at the site of the bite, which, in the absence of an antidote, leads to death from respiratory

Описанный нами случай самоубийства от спровоцированного укуса чёрной мамбы, взятый из интернета оставляет вопросы, а несчастный ли это случай? Мнение зрителей расходятся в оценках, заключение следствия неизвестно широкой публике [21]. Однако специалисту по змеям хорошо известна 100% смертность от укуса черной мамбы без оказания скорой помощи, немедленного введения противоядия [34]. Расставание с женой (любимой девушкой) было очень значимым событием, часто завершающимся добровольным уходом из жизни, а иногда сопровождается ещё и предварительным убийством любимой [29].

Укус очень ядовитой змеи (аспидов и других) приводит к быстрой смерти, однако вряд ли она является лёгкой. Из истории известно, что Клеопатра испытывала различные яды на заключённых, подбирая самые быстродействующие и приводящие к безболезненной смерти; сама совершила самоубийство с помощью укуса змеи (аспида, египетской кобры). Её добровольный уход из жизни, обставленный таким образом, имел, видимо, ритуальный смысл (остаться царицей, сохранить честь и достойно уйти из жизни) [39]. Одной из разновидностей смертной казни в прошлые времена было помещение приговорённого в яму с ядовитыми змеями. Быстрой (лёгкой) оно считалось, если смерть наступала от укуса аспидов с самым сильным ядом и мучительной – от укуса змей с не таким сильным ядом (гадюковых), от которого умирали дольше и болезненнее [40]; яма со змеями также была известна как один из способов пытки – узников связывали и медленно опускали в яму на верёвке.

Удивительно, что данный способ, по сути, иногда используется в современной Индонезии. Как свидетельствует журналистский репортаж, полиция натравила огромную змею на подозреваемого в краже мобильных телефонов, который был на допросе в наручниках. Позднее уточнялось, что змея была ручная и неядовитая, а правоохранители принесли извинения. Однако правозащитники утверждают, что в провинции Папуа – это весьма распространённая практика (известен случай, когда полиция посадила в клетку со змеями активиста, который выступал за независимость этой области страны) [14].

Искусственных (резиновых, радиоуправляемых), очень похожих на настоящих змей в настоящее время можно свободно купить в интернет-магазине (OZON и др.) для розыгрыша («забавных шуток»)

failure [37]. Thus, a 17-year-old schoolgirl in Zimbabwe's Central Mashonaland region came to class after sports along with other students. When she sat down in her seat, the black mamba bit her in the thigh. Doctors did not have time to provide her with medical assistance: the girl died on the way to the hospital (only about 20 minutes had passed since the bite) [38]. The case of suicide from a provoked bite of a black mamba described by us, taken from the Internet, leaves questions: was it an accident? The opinions of viewers differ in their assessments, the conclusion of the investigation is unknown to the general public [21]. However, a snake specialist is well aware of the 100% mortality rate from a black mamba bite without emergency care, immediate administration of antivenom [34]. Parting with a wife (beloved girl) was a very significant event, often ending in a voluntary departure from life, and sometimes accompanied by a preliminary murder of a loved one [29].

The bite of a very poisonous snake (asp and others) leads to a quick death, but it is unlikely to be easy. It is known from history that Cleopatra tested various poisons on prisoners, selecting the fastest-acting and most painless ones; she herself committed suicide with a snake bite (asp, Egyptian cobra). Her voluntary departure from life, arranged in this way, apparently had a ritual meaning (to remain a queen, to preserve honor and to leave life with dignity) [39]. One of the types of capital punishment in the past was to place the condemned in a pit with poisonous snakes. It was considered quick (easy) if death occurred from the bite of asps with the strongest poison and painful – from the bite of snakes with less strong poison (vipers), from which they died longer and more painfully [40]; The snake pit was also known as a torture method – prisoners were tied up and slowly lowered into the pit with a rope.

Surprisingly, this method is, in fact, sometimes used in modern Indonesia. According to a journalistic report, the police set a huge snake on a suspect in the theft of mobile phones, who was handcuffed during interrogation. It was later clarified that the snake was tame and non-venomous, and the law enforcement officers apologized. However, human rights activists claim that in the province of Papua – this is a very common practice (there is a known case when the

знакомых и прохожих, как реквизит для Хэллоуина и др. Например, молодые люди прикрепляют искусственных змей сзади к одежде прохожих и кричат «Змея!», «Змея!», убегая прочь, что вызывает сильную панику и непредсказуемые реакции окружающих. Всё это записывается на сотовый телефон и выкладывается в сеть для обсуждения как «забавное видео» (ролики доступны для просмотра в интернете). В ряде случаев для этого могут использоваться и живые змеи, в том числе очень ядовитые. Так, ученики одной из школ обсуждали в сети, как можно попугать «училку», натравив на неё змею, а на «новую избранницу (соперницу)» – ядовитого паука [20]. Для описанных целей уже широко используются и другие интернет-магазины (Amazon). Так, женщина в Индии получила очень ядовитую змею в посылке вместе с джойстиком для приставки. Когда она открыла коробку, обнаружила внутри примотанную липкой лентой к упаковке живую очковую кобру. Благодаря скотчу змея почти не двигалась, что спасло заказчицу от её укуса [20].

Полиция штата Флориды расследовало дело женщины, которая в «воспитательных целях» натравила майского полоза на свою годовалую дочь, чтобы та была готова ко встрече со змеями и дикими животными в жизни. По мнению матери, зубы змеи настолько маленькие, что она неспособна прокусить даже кожу младенца («дочь заплакала от испуга, а не из-за того, что ей было больно»); женщина обвинялась в жестоком обращении с животными и детьми [15].

Тема «идеального убийства» (смерть от естественных причин) весьма популярна в научной и художественной литературе (кинематографе). Использование укуса очень ядовитых змей ещё один изощрённый способ скрыть тяжкое преступление под видом несчастного случая и уйти от заслуженного наказания [26-28]. Такие случаи, несомненно, нуждаются в дальнейшем исследовании.

Для более полного понимания патогенеза отравления ядами змей и причин быстрой смерти от отравления приводим краткое описание механизмов действия ядов змей, использованных для суицида или убийства. Во-первых, следует обратить внимание на то, что яды змей содержат несколько токсинов белковой природы, как правило, низкомолекулярных, что обеспечивает их быстрое поступление в кровь из места укуса. Во-вторых, токсины могут быть как родственными белками, обеспечивая ток-

police put an activist who advocated for the independence of this region of the country in a cage with snakes) [14].

Artificial (rubber, radio-controlled), very similar to real snakes can now be freely purchased in online stores (OZON, etc.) to play ("funny jokes") on friends and passers-by, as props for Halloween, etc. For example, young people attach artificial snakes to the back of passers-by's clothes and shout "Snake!", "Snake!", running away, which causes severe panic and unpredictable reactions from others. All this is recorded on a cell phone and posted online for discussion as a "funny video" (videos are available for viewing on the Internet). In some cases, live snakes can be used for this, including very poisonous ones. Thus, students from one of the schools discussed online how to scare the "teacher" by setting a snake on her, and a poisonous spider on the "new chosen one (rival)" [20]. Other online stores (Amazon) are already widely used for the above-mentioned purposes. For example, a woman in India received a highly poisonous snake in a parcel along with a game console joystick. When she opened the box, she found a live spectacled cobra taped to the package. Thanks to the tape, the snake barely moved, which saved the customer from being bitten [20].

The Florida State Police investigated the case of a woman who, for "educational purposes," set a corn snake on her one-year-old daughter so that she would be prepared to meet snakes and wild animals in life. According to the mother, the snake's teeth were so small that it was unable to bite through even the skin of a baby ("the daughter cried from fear, not because she was in pain"); the woman was accused of cruelty to animals and children [15].

The theme of the "perfect murder" (death from natural causes) is very popular in scientific and fiction (cinema). Using the bite of a very poisonous snake is another sophisticated way to hide a serious crime under the guise of an accident and escape deserved punishment [26-28]. Such cases certainly require further study.

For a more complete understanding of the pathogenesis of poisoning with snake venoms and the causes of rapid death from poisoning, we provide a brief description of the mechanisms of action of snake venoms

сичное действие даже в том случае, если их точка приложения у разных людей в силу генетического полиморфизма меняет сродство связывания с токсином, так и не родственными белками, с сильно различающимся механизмом токсичного действия.

Нейротоксины мамб – представлены дендротоксинами. Это трёхпетельные токсины, блокаторы калиевых каналов перехватов Ранвье двигательных нейронов, пептиды из 57-60 аминокислотных остатков [41]. Кардиотоксины – в основном представлены кальцисептинами, блокаторы Ca^{2+} -каналов L-типа, в том числе кардиомиоцитов и нейронов мозжечка, угнетает сократительную способность сердца, 58-74 остатка аминокислот [42]. Фасцикулины – сильные неконкурентные ингибиторы ацетилхолинэстеразы, вызывают нескоординированные сокращения (фасцикуляции) скелетных мышц [43].

Нейротоксины кобр – трёхпетлевые токсины, например, α -кобротоксин, являющийся блокатором никотиновых холинорецепторов [44], в соответствии с механизмом действия также относится к миотоксинам. Кардиотоксины кобр – представлены кардиотоксином III (цитотоксин 3), трёхпетлевой токсин. Является активатором апоптоза, высвобождая цитохром C [45]. Цитотоксины кобр – деструкторы клеточных мембран, действующие на Na^+/K^+ каналы АТФазы и рецепторы интегрин [46].

Как известно, кроме оказания первой помощи укушенному вводят парентерально (подкожно, внутримышечно или внутривенно) противозмеиную сыворотку в максимально ранние сроки после укуса змеи. В России и западных странах используются преимущественно сыворотки (вакцины) против яда гадюк, но отсутствует таковая против аспидов. Поэтому при острых отравлениях вследствие укусов экзотических змей (зеленой мамбы) после наложения жгута на пораженную конечность, проводится местное лечение (перевязки места укуса и наложение гепариновой мази), а также интенсивная терапия (инфузионная, десенсибилизирующая с использованием кортикостероидов, респираторная терапия и др.) без использования специфической антидотной терапии из-за ее отсутствия [36]. При укусе аспидов современные сыворотки обычно не эффективны. Но уже создано антитело (белок 95Mat5), которое открывает путь к созданию антидота, нейтрализующего яд любой змеи в мире (крайтов, мамб, королевской и плюющей кобр), и прошедшее успешное испытание на мышцах [47].

used for suicide or murder. First, it should be noted that snake venoms contain several protein toxins, usually low-molecular, which ensures their rapid entry into the blood from the bite site. Second, toxins can be either related proteins, providing a toxic effect even if their point of application in different people changes the affinity of binding to the toxin due to genetic polymorphism, or unrelated proteins, with a very different mechanism of toxic action.

Mamba neurotoxins are represented by dendrotoxins. These are three-finger toxins, blockers of potassium channels of the nodes of Ranvier of motor neurons, peptides of 57-60 amino acid residues [41]. Cardiotoxins are mainly represented by calciseptins, blockers of L-type Ca^{2+} channels, including cardiomyocytes and cerebellar neurons, inhibits the contractility of the heart, 58-74 amino acid residues [42]. Fasciculins are strong non-competitive inhibitors of acetylcholinesterase, cause uncoordinated contractions (fasciculations) of skeletal muscles [43].

Cobra neurotoxins are three-finger toxins, for example, α -cobratoxin, which is a blocker of nicotinic cholinergic receptors [44], according to the mechanism of action, they also belong to myotoxins. Cobra cardiotoxins are represented by cardiotoxin III (cytotoxin 3), a three-loop toxin. It is an activator of apoptosis, releasing cytochrome C [45]. Cobra cytotoxins are cell membrane destructors that act on Na^+/K^+ channels of ATPase and integrin receptors [46].

As is known, in addition to first aid, the bitten person is administered parenterally (subcutaneously, intramuscularly or intravenously) anti-snake serum as soon as possible after the snake bite. In Russia and Western countries, serums (vaccines) against viper venom are mainly used, but there is no such vaccine against aspids. Therefore, in acute poisonings due to bites of exotic snakes (green mamba), after applying a tourniquet to the affected limb, local treatment is carried out (bandaging the bite site and applying heparin ointment), as well as intensive therapy (infusion, desensitizing with the use of corticosteroids, respiratory therapy, etc.) without the use of specific antidote therapy due to its absence [36]. In case of asp bites, modern serums are usually ineffective. But an antibody (protein 95Mat5) has already been created, which opens the

Заключение

Использование яда змей, чаще посредством их укусов для самоубийств, как и убийств, весьма редкие явления, описанные в доступной мировой литературе. Прослеживается отчётливая связь между профилем профессии (хобби) и таким экзотическим способом самоубийств. Наличие психических расстройств у суицидента и их мотивы соответствуют общепризнанным представлениям о суицидальном поведении. Такие самоубийства хорошо укладываются в так называемые «замаскированные» (не выявленные, не учтённые) случаи добровольного ухода из жизни. Убийства, совершённые с помощью ядовитых змей, претендуют на статус идеального не раскрываемого преступления (под видом несчастного случая с «естественным орудием преступления»). Однако наличие свидетелей, выявление подозреваемых, скрупулезное расследование случаев сотрудниками правоохранительных органов и учёт криминологических показателей позволяют доказать причастность убийц (заказчиков преступления) к намеренно совершенному деянию, закончившемуся смертью жертвы.

Собранные и описанные уникальные самоубийства и убийства дополняют наши представления о возможных и редких случаях насильственной смерти. В СМИ разных стран, особенно в последнее время, периодически встречаются сенсационные репортажи о суицидальном поведении, попытках на убийство, противоправном и эпатажном (экстравагантном) поведении с использованием змей.

way to the creation of an antidote that neutralizes the poison of any snake in the world (kraits, mambas, king and spitting cobras), and has passed a successful test on mice [47].

Conclusion

The use of snake venom, often through their bites for suicide, as well as murder, is a very rare phenomenon described in the available world literature. There is a clear connection between the profile of the profession (hobby) and such an exotic method of suicide. The presence of mental disorders in the suicide and their motives correspond to generally accepted ideas about suicidal behavior. Such suicides fit well into the so-called "masked" (undetected, unaccounted for) cases of voluntary departure from life. Murders committed with the help of poisonous snakes claim the status of an ideal unsolved crime (under the guise of an accident with a "natural instrument of crime"). However, the presence of witnesses, the identification of suspects, a scrupulous investigation of cases by law enforcement officers and the consideration of criminological indicators make it possible to prove the involvement of the killers (those who ordered the crime) in an intentionally committed act that ended in the death of the victim. The collected and described unique suicides and murders supplement our understanding of possible and rare cases of violent death. In the media of different countries, especially recently, sensational reports on suicidal behavior, attempted murder, illegal and shocking (extravagant) behavior with the use of snakes are periodically encountered.

Литература / References:

1. Albano GD, Malta G, La Spina C, Rifiorito A, Provenzano V, Triolo V, Vaiano F, Bertol E, Zerbo S, Argo A. Toxicological Findings of Self-Poisoning Suicidal Deaths: A Systematic Review by Countries. *Toxics*. 2022 Oct 29; 10 (11): 654. DOI: 10.3390/toxics10110654
2. Chaudhari VA, Das S, Sahu SK, Devnath GP, Chandra A. Epidemio-toxicological profile and reasons for fatal suicidal poisoning: A record-based study in South India. *J Family Med Prim Care* 2022; 11: 547-552. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1171_21
3. Zheng W, Gao L, Fan Y, Wang C, Liu Y, Tian F, Yi M, Peng X and Liu C. Identification of risk factors for attempted suicide by self-poisoning and a nomogram to predict self-poisoning suicide. *Front Public Health* 2023; 11: 1106454. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1106454
4. Wu Y, Schwebe DC, 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; 27: 61-70. DOI: 10.1136/injuryprev-2019-043601
5. Parekh U, Gupta S. Epidemio-toxicological profile of poisoning cases – A five years retrospective study. *J Forensic Leg Med*. 2019 Jul; 65: 124-132. DOI: 10.1016/j.jflm.2019.05.013
6. Chowdhury FR, Rahman AU, Mohammed FR, Chowdhury A, Ahasan HA, Bakar MA. Acute poisoning in southern part of Bangladesh – the case load is decreasing. *Bangladesh Med Res Counc Bull*. 2011 Aug; 37 (2): 61-65. DOI: 10.3329/bmrcb.v37i2.8436
7. Сколько людей в год умирает от укусов змей? [How many people die from snake bites each year?]. <https://traveler.ru/planet/skolko-lyudej-v-god-umiraet-ot-ukusov-zmej>. 28.10.2022. (In Russ)
8. Поражение змеиным ядом [Snake venom injury]. <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/snakebite-envenoming>. 12.09.2023 (In Russ)

9. Strubel T, Birkhofer A, Eyer F, Werber KD, Förstl H. Attempted suicide by snake bite. Case report and literature survey. *Nervenarzt*. 2008 May; 79 (5): 604-606. (In German) DOI: 10.1007/s00115-008-2431-4
10. Mallik S, Singh SR, Mohanty MK, Padhy N. Attempted suicide by snake bite: A case study. *Med Sci Law*. 2016 Oct; 56 (4): 264-266. DOI: 10.1177/0025802416659160
11. Матаков К. Пятидесятники и секта змееносцев. [Matakov K. Pentecostals and the sect of the Ophiuchus]. <https://proza.ru/2018/09/17/1639> (In Russ)
12. В Австрии неудавшийся самоубийца натравил ядовитых змей на полицию [In Austria, a failed suicide bomber set poisonous snakes on police]. <https://www.kp.ru/online/news/17694/21.09.2004>. (In Russ)
13. Трехметровая смерть Римма [Three-meter death Rimma] <https://www.fontanka.ru/2015/06/08/038/> (In Russ)
14. Полиция Индонезии извинилась за змею на допросе [Indonesian police apologise for snake during interrogation]. <https://iz.ru/844381/2019-02-11/politciia-indonezii-izvinilas-za-zmeiu-na-doprose> 11.02.2019. (In Russ)
15. Мать из Флориды натравила змею на годовалую дочь [Florida mother sets snake on 1-year-old daughter]. <https://www.zakon.kz/redaksiia-zakonkz/4862503-mat-iz-floridy-natravila-zmeyu-na.html>. 07.06.2017. (In Russ)
16. Мужчина натравил на себя ядовитую змею и взмолился о помощи [Man sets poisonous snake on himself and begs for help]. <https://lenta.ru/news/2018/10/12/snake/12.10.2018> (In Russ)
17. https://18.exporntoons.net/watch/-202163306_456287240.05.10.21. (In Russ)
18. Женщина натравила на мужа ядовитую змею [Woman sets poisonous snake on husband]. <https://lenta.ru/news/2024/02/01/zhenschina-natravila-namuzha-yadovituyu-zmeyu-i-popytalas-raspravitsya-s-nim/01.02.2024> (In Russ)
19. В Москве спасли 17-летнего подростка после укуса ядовитой змеи [17-year-old teenager rescued in Moscow after being bitten by a poisonous snake]. <https://iz.ru/1739349/2024-08-07/v-moskve-spasli-17-letnego-podrostka-posle-ukusa-iadovitoi-zmei.07.08.2024>. (In Russ)
20. Женщина получила очковую кобру в посылке вместе с джойстиком для приставки <https://weekend.rambler.ru/read/52960081-zhenschina-poluchila-ochkovuyu-kobru-v-posylke-vmeste-s-dzhoystikom-dlya-pristavki/20.06.2024>. (In Russ)
21. Блогер Арслан Валеев натравил на себя ядовитую змею в прямом эфире, чтобы свести счеты с жизнью. [Blogger Arslan Valeev set a poisonous snake on himself live on air in order to commit suicide]. <https://daily.afisha.ru/news/11344-blogger-natravil-na-sebya-zmeyu-v-pryamom-efire-chtoby-svesti-schety-s-zhiznyu> (In Russ)
22. Knight B, Barclay A, Mann R. Suicide by injection of snake venom. *J Forensic Sci*. 1977; 10: 141-145.
23. https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_fatal_snake_bites_in_the_United_States
24. <https://www.dailymail.co.uk/news/article-3317003/Texas-teen-s-death-ruled-suicide-SNAKEBITE-Authorities-say-exotic-animal-lover-18-purposely-let-deadly-venomous-monocled-cobra-bite-times.html>
25. Brandt WA, Stadtmüller G, Bielitz CJ, Georgi A. Third case of attempted suicide by snakebite. *Nervenarzt*. 2016 May; 87 (5): 552-555. (In German) DOI: 10.1007/s00115-015-4410-x
26. Ambade VN, Borkar JL, Meshram SK. Homicide by direct snake bite: a case of contract killing. *Med Sci Law*. 2012 Jan; 52 (1): 40-43. DOI: 10.1258/msl.2011.011020
27. Paulis MG, Faheem AL. *Homicidal Snake Bite in Children*. *J Forensic Sci*. 2016 Mar; 61 (2): 559-561. DOI: 10.1111/1556-4029.12997
28. https://en.wikipedia.org/wiki/Kerala_snakebite_murder
29. Голенков А.В., Зотов П.Б. Постгомицидные самоубийства: монография. Тюмень: Вектор-Бук, 2022; 424 с. [Golenkov AV, Zotov PB. Posthomicidal suicides: monograph. Tyumen: Vector-Book, 2022; 424 p.] (In Russ)
30. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Садовничая В.С., Кравцова Н.А., Дровосеков С.Э. Масштабы и причины сокрытия суицидальности при обращении к помогающим специалистам: количественно-качественное исследование. *Соц и клин психиатрия*. 2023; 4: 15-23. [Chistopolskaya KA, Yenikolopov SN, Nikolaev EL, Sadovnichnaya VS, Kravtsova NA, Drovosekov SE. The scale and reasons for concealing suicidality when contacting helping specialists: a quantitative and qualitative study. *Social and Clinical Psychiatry*. 2023; 4: 15-23.] (In Russ) DOI: 10.34757/0869-4893.2023.33.4.002
31. Ткачева М.Ю., Крайнюк А.В., Стадник А.Д., Ламонов Е.И., Россомахина О.М. Анализ острых экзогенных отравлений детского населения Луганской области. *Український морфологічний альманах*. 2016; 14 (3-4): 68-73. [Tkacheva MY, Krainyuk AV, Stadnik AD, Lamonov EI, Rossomahina OM. Analysis of acute intoxication of the child population of Luhansk region. *Ukrainian Morphological Almanac*. 2016; 14 (3-4): 68-73]. (In Russ)
32. Waheed H, Moin SF, Choudhary MI. Snake Venom: From Deadly Toxins to Life-saving Therapeutics. *Curr Med Chem*. 2017; 24 (17): 1874-1891. DOI: 10.2174/0929867324666170605091546
33. Sanhajariya S, Duffull SB, Isbister GK. Pharmacokinetics of Snake Venom. *Toxins (Basel)*. 2018 Feb 7; 10 (2): 73. DOI: 10.3390/toxins10020073
34. Змеиный яд [Snake venom]. https://ru.wikipedia.org/wiki/Змеиный_яд (https://en.wikipedia.org/wiki/Snake_venom). (In Russ / Engl)
35. Конахкин АГ, Воскобойник НВ, Вафин ВР. Смертельный случай отравления зоотоксином при укусе змеи. *Судебная медицина*. 2016; 2 (2): 83-84. Konyakhin AG, Voskoboynik NV, Vafin VR. Fatal case of zootoxin poisoning due to snake bite. *Forensic medicine*. 2016; 2 (2): 83-84. (In Russ)
36. Насибуллина А.Р., Лодягин А.Н., Вдовин В.А., Филиппова Н.Е., Батоцыренов Б.В., Глушков С.И. Успешный исход острого отравления ядом зеленой мамбы (*Dendroaspis viridis*) клиническое наблюдение. *Общая реаниматология*. 2019; 15 (2): 21-26. [Nasibullina AR, Lodyagin AN, Vdovin VA, Filippova NE, Batotsyrenov BV, Glushkov SI. Favorable Outcome of Severe Poisoning by Snake Green Mamba (*Dendroaspis viridis*) Clinical Case. *General Reanimatology*. 2019; 15 (2): 21-26]. (In Russ) DOI: 10.15360/1813-9779-2019-2-21-26
37. Черная мамба [Black Mamba]. https://ru.wikipedia.org/wiki/Черная_мамба (In Russ)

38. Школьница пришла в класс и умерла от укуса черной мамбы [Schoolgirl came to class and died from a black mamba bite]. <https://lenta.ru/news/2023/01/20/mamba> (In Russ)
39. Ana María R. Toxicology and snakes in ptolemaic Egyptian dynasty: The suicide of Cleopatra. *Toxicol Rep.* 2021 Mar 19; 8: 676-695. DOI: 10.1016/j.toxrep.2021.03.004
40. Яма со змеями [Pit with snakes]. <https://ru.wikipedia.org/wiki> (In Russ)
41. Yoshida S, Matsumoto S. Effects of alpha-dendrotoxin on K⁺ currents and action potentials in tetrodotoxin-resistant adult rat trigeminal ganglion neurons. *J Pharmacol Exp Ther.* 2005; 314 (1): 437-445. DOI: 10.1124/jpet.105.084988
42. Mesirca P, Chemin J, Barrère C, Torre E, Gallot L, Monteil A, Bidaud I, Diochot S, Lazdunski M, Soong TW, Barrère-Lemaire S, Mangoni ME, Nargeot J. Selective blockade of Cav1.2 (α1C) versus Cav1.3 (α1D) L-type calcium channels by the black mamba toxin calciseptine. *Nat Commun.* 2024; 15 (1): 54. DOI: 10.1038/s41467-023-43502-w
43. Lauridsen LP, Laustsen AH, Lomonte B, Gutiérrez JM. Toxicovenomics and antivenom profiling of the Eastern green mamba snake (*Dendroaspis angusticeps*). *J Proteomics.* 2016; 136: 248-261. DOI: 10.1016/j.jprot.2016.02.003
44. Lynagh T, Kiontke S, Meyhoff-Madsen M, Gless BH, Johannesen J, Kattelman S, Christiansen A, Dufva M, Laustsen AH, Devkota K, Olsen CA, Kümmel D, Pless SA, Lohse B. Peptide Inhibitors of the α-Cobratoxin-Nicotinic Acetylcholine Receptor Interaction. *J Med Chem.* 2020 Nov 25; 63 (22): 13709-13718. DOI: 10.1021/acs.jmedchem.0c01202
45. Chiou JT, Shi YJ, Wang LJ, Huang CH, Lee YC, Chang LS. *Naja atra* Cardiotoxin 3 Elicits Autophagy and Apoptosis in U937 Human Leukemia Cells through the Ca²⁺/PP2A/AMPK Axis. *Toxins (Basel).* 2019; 11 (9): 527. DOI: 10.3390/toxins11090527
46. Gasanoff ES, Dagda RK. Cobra Venom Cytotoxins as a Tool for Probing Mechanisms of Mitochondrial Energetics and Understanding Mitochondrial Membrane Structure. *Toxins (Basel).* 2024; 16 (7): 287. DOI: 10.3390/toxins16070287
47. Khalek IS, Senji Laxme RR, Nguyen YTK, Khochare S, Patel RN, Woehl J, Smith JM, Saye-Francisco K, Kim Y, Misson Mindrebo L, Tran Q, Kędzior M, Boré E, Limbo O, Verma M, Stanfield RL, Menzies SK, Ainsworth S, Harrison RA, Burton DR, Sok D, Wilson IA, Casewell NR, Sunagar K, Jardine JG. Synthetic development of a broadly neutralizing antibody against snake venom long-chain α-neurotoxins. *Sci Transl Med.* 2024 Feb 21; 16 (735): eadk1867. DOI: 10.1126/scitranslmed.adk1867

SNAKE VENOM AS A MEANS OF MURDER AND SUICIDE

A.V. Golenkov¹, V.A. Kozlov¹,
A.V. Filonenko^{1,2}, P.B. Zotov³

¹Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia;
golenkovav@inbox.ru

²Republican Children's Clinical Hospital, Cheboksary, Russia

³Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

Abstract:

The use of snake venom as a means of committing suicide and murder is a rare phenomenon. *The aim of the study* was to examine cases of violent deaths committed with the help of snake bites (venom) primarily in scientific literature. *Materials and methods.* The search for cases of murders and suicides using snake venom was conducted in the search engines Google, Yandex, Medline (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) and Wikipedia (<https://ru.wikipedia.org/wiki>; <https://en.wikipedia.org/wiki>). The search strategy included the keywords: snake venom, snake bite, suicide behavior, and homicide. *Results.* Six cases of suicidal behavior (three fatal) and three murders (victims: three children, an elderly couple, a young woman) that occurred in the UK, Germany (2), Egypt, India (3), Russia and the USA are described and analyzed. Suicidal attempts were made by men aged 20-50, against a depressive background with current psychopathological symptoms, unemployed, single or in conflictual relationships with their wives, with a history of suicidal activity, abusing alcohol, many (4 out of 6) of them were interested in (worked with) snakes and suffered from severe mental disorders (schizophrenia, depression, alcohol dependence). All of them chose highly poisonous snakes (cobra, mamba, viper, diamondback rattlesnake) to achieve their plans. The great rarity of the described cases as intentional acts of violence is explained by the difficulties of their verification, the approximation of poisoning with snake venom to natural conditions of an unforeseen event with an unexpected confluence of circumstances, resulting in rapid death. In suicide attempts, the phenomena of dissimulation of the suicide are highly probable, the active unwillingness to discuss their causes. Such suicides fit well into the so-called "masked" (undetected, unaccounted for) cases of voluntary departure from life, and murders – into the "ideal crime (murder)". All the aggressors are young men who killed close relatives for selfish purposes. *Conclusion.* The collected and described cases of suicide and murder supplement our understanding of possible and rare cases of violent death resulting from the effect on a person of snake venom (bite). In the media of different countries, especially recently, sensational reports on suicidal behavior, attempted murder and illegal behavior with the use of snakes periodically occur.

Keywords: suicidal behavior, murder, snake venom and bites, clinical cases

Вклад авторов:

А.В. Голенков: разработка концепции статьи, сбор материала, написание и редактирование текста рукописи;

В.А. Козлов: уточнение концепции статьи, сбор материала, редактирование текста рукописи;

А.В. Филоненко: обзор и перевод публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи;

П.Б. Зотов: обзор и перевод публикаций по теме статьи, редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

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

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

A.V. Filonenko: reviewing and translating relevant publications; editing of the manuscript text;

P.B. Zotov: reviewing and translating relevant publications; editing of the manuscript text.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 29.08.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 27.09.2024.

Для цитирования: Голенков А.В., Козлов В.А., Филоненко А.В., Зотов П.Б. Змеиный яд как средство убийств и самоубийств. *Суицидология*. 2024; 15 (4): 94-113. doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-04(57)-94-113

For citation: Golenkov A.V., Kozlov V.A., Filonenko A.V., Zotov P.B. Snake venom as a means of murder and suicide. *Suicidology*. 2024; 15 (4): 94-113. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-04(57)-94-113

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 полу-

торный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац». Не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab. Десятичные дроби следует писать через запятую (не использовать точку). Объём статьи – до 24 страниц машинописного текста (для обзоров – до 36 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы, *вклад каждого автора* (при коллективной работе) при подготовке и написании статьи, обзора; *финансовые условия*. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. К статье прилагается развёрнутое резюме объёмом до 400 слов, ключевые слова. В реферате даётся описание работы с выделением разделов: введение, цель, материалы и методы, результаты, выводы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе *основные цифровые показатели*.

8. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы при их первом упоминании в тексте статьи (не используется в резюме). Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

9. *Статистика*. Данные исследований должны быть статистически обработаны на базе компьютерной программы SPSS-Statistics. Используемые методы статистики должны быть подробно описаны в соответствующем разделе статьи.

10. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер,

название и чётко обозначенные категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

12. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОС-Том и расположенным в конце статьи. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

а) для журнальных статей: Фамилия и Инициалы автора (-ов; не более трех). Название статьи. *Журнал*. Год; том (номер): страницы «от» и «до». DOI: (если имеется)

б) для книг: Фамилия и Инициалы автора. Полное название. Город (где издана): Название издательства, год издания. Количество страниц;

в) для диссертации – Фамилия и Инициалы автора. Полное название: Дисс.... канд. (или докт.) каких наук. Место издания, год. Количество страниц.

Все русскоязычные первоисточники должны иметь перевод на английский, размещенный в [квадратных скобках].

13. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, 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».

