

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

Н.А. Бохан, академик РАН,
д.м.н., профессор (Томск)
А.В. Голенков, д.м.н., профессор
(Чебоксары)
Ю.В. Ковалев, д.м.н., профессор
(Ижевск)
Н.А. Корнетов, д.м.н., профессор
(Томск)
И.А. Кудрявцев, д.м.н., д.психол.н.
профессор (Москва)
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор
(Москва)
А.В. Меринов, д.м.н., доцент
(Рязань)
Н.Г. Незнанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
Б.С. Положий, д.м.н., профессор
(Москва)
Ю.Е. Разводовский, к.м.н., с.н.с.
(Гродно, Беларусь)
А.С. Рахимкулова
(Москва)
К.Ю. Ретконский, д.м.н., профессор
(Екатеринбург)
В.А. Розанов, д.м.н., профессор
(Санкт-Петербург)
В.А. Руженков, д.м.н., профессор
(Белгород)
Н.Б. Семёнова, д.м.н., в.н.с.
(Красноярск)
А.В. Семке, д.м.н., профессор
(Томск)
В.А. Солдаткин, д.м.н., доцент
(Ростов-на-Дону)
В.Л. Юлдашев, д.м.н., профессор
(Уфа)
Л.Н. Юрьева, д.м.н., профессор
(Днепр, Украина)
Chiyo Fujii, профессор (Япония)
Ilkka Henrik Mäkinen, профессор
(Швеция)
Jurgki Korkeila, профессор
(Финляндия)
Marco Sacchiaronе, профессор
(Италия)
William Alex Pridemore, профессор
(США)
Niko Seppälä, д.м.н. (Финляндия)
Мартин Войнар, профессор (Польша)

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

Индекс подписки: 57986
Каталог НТИ ОАО «Роспечать»

16+

Содержание

- А.В. Голенков*
Подростковые постгомицидные самоубийства 3
- Е.Б. Любов, П.Б. Зотов*
Намеренные несуицидальные самоповреждения
подростков. Часть I: поиск медицинской помощи,
или «Путь далёкий до Типперери» 15
- А.В. Меринов, А.Ю. Алексеева, Е.Р. Завалова*
Жертвы буллинга: анализ воспитательных
паттернов и суицидологического статуса 33
- Н.Б. Семёнова*
Роль кризисной линии в оказании помощи
лицам с суицидальным поведением.
Обзор зарубежного опыта 42
- К. Michel*
Людам, совершившим попытку самоубийства,
нужна особая психотерапия 51
- Н.А. Бохан, И.В. Воеводин, А.И. Мандель*
Формирование суицидальности у молодых
пациентов с аддиктивными и невротическими
расстройствами: социально-психологические
факторы риска и психотерапия 66
- О.А. Сагалакова, О.В. Жирнова, Д.В. Труевцев,
Н.А. Бохан, И.Я. Стоянова, Е.Ю. Брель*
Психологические факторы формирования
суицидального поведения при обсессивно-
компульсивном и социальном тревожном
расстройстве 82
- Е.Г. Скрыбин, М.А. Аксельров,
П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, С.П. Сахаров,
О.А. Кичерова, Н.Н. Спадерова*
Суицидент среди пациентов травматологического
центра 101
- J. Zhang*
Теория суицидального напряжения.
Сообщение I 118

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

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

EDITORIAL COLLEGE

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

Chiyo Fujii, PhD, prof. (Japan)

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

Jyrki Korkeila, PhD, prof.
(Finland)

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

N.A. Kornetov, MD, PhD, prof.
(Tomsk, Russia)

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

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

Ilkka Henrik Mäkinen, PhD, prof.
(Sweden)

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

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

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

William Alex Pridemore, PhD, prof.
(USA)

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

A.S. Rakhimkulova
(Moscow, Russia)

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

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

V.A. Ruzhenkov, MD, PhD, prof.
(Belgorod, Russia)

Marco Sarchiapone, MD, prof.
(Italy)

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

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

Niko Seppälä, MD, PhD (Finland)

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

Marcin Wojnar, MD, PhD, prof.
(Poland)

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

L.N. Yur'yeva, MD, PhD, prof.
(Dnipro, Ukraine)

Журнал «Суицидология»
включен в:

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

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

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

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

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

ISSN 2224-1264

Информация для авторов 135

Contents

A.V. Golenkov
Adolescent post-homicide suicides 3

E.B. Lyubov, P.B. Zotov
Adolescent deliberate self-harm. Part I: Help-seeking behavior,
or «It's a long way to Tippereri» 15

A.V. Merinov, A.Yu. Alekseeva, E.R. Zavalova
Victims of bullying: an analysis of educational patterns
and suicidological status33

N.B. Semenova
Role of crisis line in providing care to individuals
with suicidal behavior. Overview of foreign experience 42

K. Michel
People who attempt suicide need a specific therapy 51

N.A. Bokhan, I.V. Voevodin, A.I. Mandel
Formation of suicidality among the young patients with
addictive and neurotic disorders: social and psychological
risk factors, and psychotherapy 66

O.A. Sagalakova, O.V. Zhirnova, D.V. Truetsev, N.A. Bokhan,
I.Ya. Stoyanova, E.Yu. Brel
Psychological factors of suicidal behavior formation
in obsessive-compulsive and social anxiety disorder 82

E.G. Skryabin, M.A. Akselrov, P.B. Zotov, E.B. Lyubov,
S.P. Sakharov, O.A. Kicherova, N.N. Spaderova
Suicide among patients of the trauma center101

J. Zhang
The Strain Theory of Suicide. Part I 118

Information 135

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

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

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

Заказ № 99. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 29.08.2020 г. Цена свободная

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

ПОДРОСТКОВЫЕ ПОСТГОМИЦИДНЫЕ САМОУБИЙСТВА

А.В. Голенков

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

ADOLESCENT POST-HOMICIDE SUICIDES

A.V. Golenkov

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

Информация об авторе:

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

Information about the author:

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

Подростковые постгомицидные самоубийства (ПГСУ) встречаются исключительно редко. Однако в последние два десятилетия их стало существенно больше. Цель исследования: изучить подростковые ПГСУ в Российской Федерации. Материалы и методы. В анализ включено 12 подростков (молодых людей), совершивших ПГСУ, в возрасте от 16 до 19 лет (средний возраст – 18,2±1,1 года). Информация о деликтах была собрана в электронных средствах массовой информации, на сайтах Следственного комитета 11 субъектов Российской Федерации в период с 01 января 2009 г. по 31 декабря 2019 г. Анализировались также сведения о 39 жертвах ПГСУ (23 лиц мужского пола и 16 женского пола) в возрасте от 4 до 69 лет (средний возраст – 27,3±17,5 года), их социально-демографические, психопатологические и криминологические показатели. Результаты. Юноши совершили 11 ПГСУ, девушки – одно (в городской местности – семь, в сельской – пять). Чаще всего (n=8) встречались внесемейные ПГСУ, реже партнёрские (n=3) и семейные (n=1). В 50,0% случаев использовалось огнестрельное оружие, в 33,4% – холодное, в 16,6% – прочее (удушение, несколько способов). Способы убийств и самоубийств совпадали в 75,0% случаев, самоубийства совершались в том же месте в 83,3%, что и убийство через короткое время. 43,6% жертв было в возрасте 13-19 лет и столько же – в 20-64. В трёх ПГСУ погибло 30 человек (массовое убийство учащихся и сотрудников в колледже г. Керчи; расстрел сослуживцев в военной части, расположенной в Костромской области и убийство топором членов трёх поколений одной семьи в Ульяновской области). Причинами ПГСУ являлись: длительные конфликты (буллинг, неуставные отношения в армии), расставание с партнершей (подругой), «чтобы родные не переживали после самоубийства». Психические расстройства подтвердились в одном случае, как и алкогольное опьянение (от психоактивных веществ) в момент ПГСУ. Суицидальные тенденции до убийства выявлялись в 33,3%, к преднамеренным можно отнести 75% совершённых убийств. Подростковые ПГСУ отличаются особо высокой долей жертв из числа сверстников и лиц трудоспособного возраста, убийства малолетних детей встречаются довольно редко; преобладают внесемейные ПГСУ. Агрессоры, как правило, младше жертв. Заключение. В силу раритета подростковые ПГСУ в России пока должным образом не изучены, профилактика практически не разработана, во многом совпадает с мерами предупреждения убийств и совершения самоубийств среди молодежи. Число жертв ПГСУ можно сократить ограничением доступа подростков к огнестрельному оружию, контролем за его использованием.

Ключевые слова: постгомицидные самоубийства, подростки (тинэйджеры), массовые убийства, Россия, интернет медиа репортажи

Постгомицидные самоубийства (ПГСУ) редкое криминальное деяние, которое встречается практически во всех странах мира [1, 2]. Распространённость ПГСУ колеблется от 0,4 до 8,9 случаев на 1 млн жителей [3]; выявляется прямая связь как с убийствами, так и самоубийствами [4, 5]. Подавляющее большинство

Posthomicide suicides (PHSU) is a rare criminal act that occurs in almost all countries of the world [1, 2]. The prevalence of PHSU varies from 0.4 to 8.9 cases per 1 million inhabitants [3]; a direct relationship is revealed with both murders and suicides [4, 5]. The overwhelming majority (90% or

(90% и более) преступников находится в возрасте 25 лет и старше, а среди подростков ПГСУ практически не встречается [2, 3, 6]. Чаще всего это лица мужского пола, убивающие женщин и детей с помощью огнестрельного оружия, младших себя по возрасту, а потом и себя [7-10]. Среди мотивов преобладают семейные (супружеские) конфликты, ревность, а также соматоневрологическая патология и психические расстройства [1-3, 9, 11].

В России на сегодняшний день проведены единичные исследования ПГСУ, в которых анализировались их распространённость [12], социально - демографические, психологические и криминологические аспекты [13]. Доказана схожесть ПГСУ в России с другими странами мира, включая типологическую структуру [14, 15]. При этом, если ПГСУ изучены среди взрослого населения [2, 3, 6], включая людей пожилого и старческого возраста [16], то ПГСУ среди подростков (молодых людей) не изучались, за исключением одного недавно проведённого исследования в США [17]. В нём 47 случаев ПГСУ, совершённых лицами младше 21 года были взяты из регистрационной национальной системы насильственных смертей. Это анализ позволил получить лишь предварительные данные, нуждающиеся в более детальной проработке. В России, как, впрочем, и других странах мира, подростковые ПГСУ не изучались.

Настоящее исследование преследовало цель проанализировать особенности ПГСУ, совершённых подростками (молодыми людьми) в регионах Российской Федерации (РФ) за последние 11 лет.

Материалы и методы.

В исследование включено 12 подростков (молодых людей) в возрасте от 16 до 19 лет (средний возраст – $18,2 \pm 1,1$ года). ПГСУ были совершены лицами не старше 19 лет в 11 (два случая зарегистрированы в г. Москва) регионах России в период с 01 января 2009 г. по 31 декабря 2019 г. Информация собиралась в электронных средствах массовой информации, на сайтах следственного комитета субъектов Российской Федерации и в ряде случаев в Википедии (общедоступной многоязычной универсальной интернет-энциклопедии [18, 19]). Анализировалась также информация о 39 жертвах ПГСУ (23 лиц мужского пола и 16 женского пола) в возрасте от 4 до 69 лет (средний возраст – $27,3 \pm 17,5$ года). На каждый случай ПГСУ выписывались социально-демографические, психопатологические и криминологические показатели (год и месяц преступления, регион России, пол, возраст убийцы / самоубийцы и его жертв; особенности деликта: совершенное в алкогольном опьянении, место совершения, способ убийства и самоубийства, число жертв, наличие психических расстройств у преступника и его жертв, вероятные причины деликта).

more) of criminals are 25 years old or older, and practically is never committed by adolescents [2, 3, 6]. Most often these are males who kill women and youngsters with the help of firearms and then kill themselves [7-10]. Among the motives, family (marital) conflicts, jealousy, as well as somatoneurological pathology and mental disorders predominate [1-3, 9, 11].

In Russia, to date, isolated studies of PHSU have been carried out, which analyzed their prevalence [12], socio-demographic, psychological and criminological aspects [13]. There is evidence that confirms the similarity of PHSU in Russia with PHSU in other countries of the world, including their typological structure [14, 15]. PHSU committed by the adult population were studied [2, 3, 6], including elderly people [16], however, PHSU committed by adolescents (younger people) were not studied, with the exception of one recently study conducted in the USA [17]. In it, 47 cases of PHSU committed by persons under the age of 21 were taken from the national registration system of violent deaths. This analysis allowed us to obtain only preliminary data that need more detailed study. In Russia, as well as in other countries of the world, teenage PHSU have not been studied.

This study was aimed at analyzing the characteristics of PHSU committed by adolescents (young people) in the regions of the Russian Federation (RF) over the past 11 years.

Materials and methods.

The study included 12 adolescents (young people) aged 16 to 19 (mean age – 18.2 ± 1.1). PHSU were committed by persons no older than 19 years of age in 11 regions of Russia (two cases registered in Moscow) during the period from January 1, 2009 to December 31, 2019. Information was collected in electronic media, on the websites of the investigation committee of the subjects of the Russian Federation and, in some cases, on Wikipedia (open-access multilingual universal Internet encyclopedia [18, 19]). Information was also analyzed on 39 victims of PHSU (23 males and 16 females) aged 4 to 69 (mean age – 27.3 ± 17.5). Socio-demographic, psychopathological and criminological indicators were written out for each case of PHSU, among them the year and month of the crime, the region of Russia, gender, age of the murderer / suicide attempter and their victims; specifics of the crime: if it was committed under alcohol intoxication, the place of commission, method of the murder and suicide, the number of victims, the presence of mental disorders in the offender and their victims, the probable causes of the criminal act.

Таблица 1 / Table 1

Структура ПГСУ / The typological structure of the PHSU

Вид ПГСУ Kind of PHSU	Всего Total		Пол жертв / Sex of victims				Много жертв Multi victims
			Мужской / Male		Женский / Female		
	n	%	n	%	n	%	
Внесемейные / Extra-family	8	66,7	20	87,0	11	68,8	2
Партнерские / Intimate	3	25,0	1	4,3	2	12,5	-
Семейные / Familial	1	8,3	2	8,7	3	18,7	1
Всего / Total:	12	100,0	23	100,0	16	100,0	3

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (M – среднее значение, σ – стандартное отклонение).

Результаты исследования.

Юноши совершили ПГСУ в 11 случаях (91,7%), девушка – в одном (8,3%). Как видно из табл. 1, чаще всего встречались внесемейные ПГСУ, далее партнёрские (девушка убила своего сожителя в его квартире; в двух случаях юноши убили своих подруг, с которыми вынуждены были расстаться по их инициативе) и один случай семейного ПГСУ (подросток зарубил топором мать, бабушку и дедушку, родных малолетних брата и сестру близнецов). Много жертв было в трёх случаях, лица мужского пола ими становились несколько чаще (59%), чем женского (41%).

Внесемейные ПГСУ были неоднородными деликтами. Так, в двух случаях убийства, совершённые лицами в возрасте 16 лет произошли спонтанно. Подростки взяли из дома охотничьи ружья и, играя с ними в ходе ссоры, а где-то случайно (по неосторожности), убили своих приятелей (друзей). Испугавшись уголовной ответственности за содеянное совершили самострел. В другом случае учащийся политехнического колледжа убил в классе ножом своего классного руководителя – учителя «Основ безопасности жизнедеятельности», с которым был в конфликте (тот обещал отчислить его за пропуски занятий и не сдачу зачёта). На фоне лежащего в крови преподавателя сделал селфи на смартфоне и выложил фото в сети. После этого, не выходя из класса, молодой человек совершил самоубийство с помощью этого же ножа. В четвёртом случае молодой человек привёл знакомую девушку на заброшенную ферму, в процессе сексуальных домогательств задушил её, а потом через некоторое время там же сам повесился.

Два случая внесемейных ПГСУ относятся к «растрелу сослуживцев». В первом инциденте, 19-летний солдат застрелил разводящего караула 23-летнего ефрейтора и покинул часть с автоматом и боеприпасами; угнал машину, при преследовании не справился с её

Mathematical and statistical processing was carried out using descriptive statistics (M is the average value, σ is the standard deviation).

The results of the study.

Young men completed PHSU in 11 cases (91.7%), a girl did that only once (8.3%). As can be seen from the table 1, most common are extra-family PHSU, followed by the intimate PHSU (a girl killed the man she lived with in his apartment; in two cases, boys killed their girlfriends whom they had to leave on their initiative), family PHSU was registered only once (the teenager killed his mother, grandmother and grandfather, younger twin brother and sister with an ax). There were many victims in three cases; males became victims slightly more often (59%) than females (41%).

Extra-family PHSU were heterogeneous crimes. For example, in two cases of murder committed by persons aged 16 occurred spontaneously. The teenagers took hunting rifles from home and playing with them during a quarrel, and somewhere by chance (by negligence), killed their friends (acquaintances). Frightened of criminal liability for their actions, they killed themselves with the same firearms. In another case, a student at a polytechnic college killed a class teacher with a knife in the classroom – the teacher of the "Fundamentals of Life Safety" who he was in conflict with (the teacher promised to expel him for missing classes and not passing the test). Against the background of a teacher lying in the blood, the boy took a smartphone selfie and posted the photo on the web. After that, without leaving the class, the young man committed suicide with the same knife. In the fourth case, a young man brought a girl he knew to an abandoned farm, strangled her during sexual harassment, and then after a while he hanged himself there.

Two cases of extra-family PHSU are related to the "execution of colleagues". In the first incident, a 19-year-old soldier shot and killed a 23-year-old corporal who was on guard and left the unit with a machine gun and

управлением, съехал в кювет, где и застрелился. Во втором случае, 18-летний солдат срочной службы, стоя на вахте, подошёл к караульной комнате и расстрелял из автомата, находящиеся там пятерых военнослужащих. Трое погибли на месте (включая обидчика офицера части), один чуть позднее умер в больнице, другой был тяжело ранен. Выйдя из здания стрелял в других военнослужащих части; по счастливой случайности больше никто не пострадал. Расстреляв около 150 патронов, убил себя выстрелом в голову. Причинами обоих расстрелов сослуживцев явились неуставные отношения в частях с эпизодами психологического и физического насилия. В ходе расследования было установлено, что один из них рос без родителей, воспитывался бабушкой, за неделю до инцидента написал родным о «дедовщине» в части. Второй «завалил психодиагностический тест», поэтому в «учебке» его не допускали до караулов, не доверяли оружие. Окружающие характеризовали его как неуравновешенного, замкнутого, злопамятного, из-за этого к нему плохо относились другие сослуживцы; накануне был избит командиром роты. По мнению родственников других солдат, в части «царил бардак и неуставные отношения».

Ещё два случая ПГСУ можно отнести к так называемым «массовым расстрелам», шокирующим не только Россию, но и мировое сообщество. Одно, совершённое «керченским стрелком», подробно освещалось в средствах массовой информации, включая Википедию [19]. 17 октября 2018 г. в результате взрыва и стрельбы погиб 21 человек из числа учащихся и персонала учебного заведения, включая предполагаемого нападавшего. Пострадали 67 человек, 50 из них были госпитализированы. Считается, крупнейшим по количеству жертв ПГСУ (массовое убийство) в учебном заведении в новейшей истории Европы (России).

По версии следствия, В. Росляков планировал ПГСУ с января 2017 г. и действовал в одиночку. Для этого он легально приобрёл пятизарядное помповое ружьё Hatsan Escort, получив разрешение на него в правоохранительных органах, прошёл обучения правилам обращения с оружием, а также оказанию первой медицинской помощи. За несколько дней до преступления приобрёл в оружейном магазине 150 патронов с картечью.

Причиной стрельбы, по мнению экспертов, «послужил психологический кризис, возникший у молодого человека вследствие издевательств и унижений окружающих». Действия крымского убийцы по многим деталям повторяют план его «кумиров» из американской школы «Колумбайн» (время преступления, одежда, помповое ружьё, взрывные устройства и зажигательная смесь, число погибших, способ и место само-

ammunition, stole a car, couldn't cope its driving during the pursuit, drove into a ditch, where he shot himself. In the second case, an 18-year-old military conscript standing on guard, went to the guard room and shot five soldiers who were there from a machine gun. Three died on the spot (including the offender, the unit officer), one died a little later in the hospital, the other was seriously injured. Leaving the building, he shot at other military personnel, but fortunately no one else was hurt. Having shot about 150 rounds of ammunition, he killed himself with a shot in the head. The reasons for both executions of fellow employees were hazing in military units with episodes of psychological and physical violence. During the investigation it was established that one of them grew up without parents, was brought up by his grandmother, a week before the incident he wrote to his family about hazing in the unit. The second one "failed the psycho-diagnostic test", therefore, he was not allowed to be on guard in the "training", was not trusted the weapon. Others described him as unbalanced, withdrawn, vindictive, because of this, other colleagues treated him badly; the day before he was beaten by the company commander. According to the relatives of other soldiers, in the military unit "there was mess and hazing."

Two more cases of PHSU can be attributed to the so-called "mass executions", shocking not only to Russia but also to the international community. One, committed by the "Kerch shooter," was covered in detail in the media, including Wikipedia [19]. On October 17, 2018, 21 people from the number of students and staff of the educational institution, including the alleged attacker, died as a result of the explosion and shooting. 67 people were injured, 50 of them were hospitalized. It is believed to be the largest PHSU in terms of the number of victims (mass murder) in an educational institution in the recent history of Europe (Russia).

According to the investigation, V. Roslyakov planned the PHSU since January 2017 and acted alone. To do this, he legally acquired the Hatsan Escort five-shot pump-action shotgun, obtained permission in law enforcement agencies, and received training on the rules for handling weapons and providing first aid. A few days before the crime, he acquired 150 rounds of ammunition with buckshot in an armament store.

The reason for the shooting, according to experts, "was a psychological crisis that arose in a young man as a result of bullying and humiliation of others." The Crimean killer's actions in many details repeat the plan of his "idols" from the American Columbine school (time of crime, clothes, pump-action shotgun, explosive devices and incendiary mixture, number of the dead, method and place of sui-

убийства)¹. Он обсуждал со знакомыми в сети массовый расстрел («круто было бы устроить бойню»), способы самоубийства (цианистый калий и огнестрел). Известно, что три года ходил в колледж со штык-ножом, все об этом знали. После совершения преступления направился в библиотеку колледжа, где совершил самоубийство, выстрелив себе в голову из ружья [19].

Второе ПГСУ, произошло 14 ноября 2019 г. в Амурском колледже строительства и жилищно-коммунального хозяйства. 19-летний студент пронёс в учебное заведение зарегистрированное на своё имя многозарядное помповое ружьё и открыл огонь по ученикам в аудитории. Один студент погиб на месте, ещё трое (по другим данным пятеро) получили ранения разной степени тяжести. Прибывшая на место полиция заблокировала стрелка в одном из кабинетов, где он застрелился. У студента, устроившего стрельбу в колледже Благовещенска, были суицидальные наклонности. Их выявили сотрудники призывной комиссии, но не сообщили в учебное заведение. Сокурсниками характеризовался как крайне замкнутый, не имеющий друзей, над ним якобы издевались одноклассники, подвергался остракизму со стороны других студентов колледжа. Начал стрелять после того, как его за опоздание удалили из аудитории.

Касаясь психических расстройств у подростков, совершивших описанные ПГСУ, информация о них крайне скудная, однако и в ней в семи случаях из 12 прослеживаются закономерности, описанные в литературе [11, 17]. Речь идёт о наличии депрессивных и стрессовых состояний у трёх нападавших (25,0%), явные суицидальные тенденции у четырёх (33,3%). Отдельные их признаки обнаруживаются в предсмертных записках, в переписке со сверстниками в социальных сетях (о выборе способа самоубийства), документации призывной комиссии и консультациях (обследовании) у специалистов. К преднамеренным можно отнести 75% совершённых подростками убийств.

В подростковых ПГСУ редко жертвами становятся родные и близкие люди, чаще всего это знакомые люди из места учёбы, службы, группы сверстников (сослуживцы, друзья, подруги, студенты одного колледжа, преподаватели).

В табл. 2 представлены виды ПГСУ с учётом числа жертв. Видно, что с двумя и более жертвами было 25% ПГСУ (максимальное число жертв – 21), с одной – 75%. Выявлена чёткая связь между числом жертв и использованием огнестрельного оружия (автомата Калашникова, многозарядных помповых ружей).

cide). He discussed mass shooting with the acquaintances on the web (“it would be cool to arrange a massacre”), methods of suicide (potassium cyanide and firearms). It is known that for three years he went to college with a bayonet-knife, which everyone knew about. After committing a crime, he went to the college library, where he committed suicide by shooting himself in the head with a gun [19].

The second PHSU took place on November 14, 2019 at the Amur College of Construction and Housing and Communal Services. A 19-year-old student carried a multi-shot pump-action shotgun registered in his name into the school and opened fire on students in the audience. One student died on the spot, three more (according to other sources, there were five) were injured with varying severity. Arriving at the place, the police blocked the shooter in one of the offices where he shot himself. The student who shot at the college of Blagoveshchensk had suicidal tendencies. They were identified by members of the draft commission, but were not reported to the educational institution. Fellow students described him as extremely reserved, having no friends, allegedly he was mocked by the classmates and was ostracized by other college students. He started shooting after he was removed from the audience for being late.

Concerning mental disorders in adolescents who have completed the described PHSU, the information about the presence of such is extremely scarce, however, in seven of 12 cases, the patterns described in the literature are also traced [11, 17]. It concerns the presence of depressive and stressful conditions for three attackers (25.0%), clear suicidal tendencies for four (33.3%). Some of their signs are found in suicide notes, in correspondence with peers on social media (about choosing the method of suicide), documentation of the draft board and consultations (examination) with specialists. 75% of murders committed by adolescents can be attributed to deliberate acts.

Relatives or close ones are rare victims in teenage PHSU, most often the victims are people the offenders know from a place of study or military service, peer groups (colleagues, fellow soldiers, friends, girlfriends, college students, teachers).

The table 2 presents the types of PHSU with the number of victims. It can be seen that there were 25% PHSU with two or more victims (maximum number of victims – 21), and 75% with one victim. A clear connection was found between the number of victims and the use of firearms (AK-47, multi-shot pump-action shotguns).

¹Массовое убийство в школе «Колумбайн» // wikipedia.org. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/> (дата обращения: 17.05.2020) / Massacre at Columbine School // wikipedia.org. [Electronic resource]. Access mode: <https://ru.wikipedia.org/wiki/> (accessed: 05.17.2020).

Таблица 2 / Table 2

Орудия / способы убийств и самоубийств ПГСУ и число жертв
 Weapons / methods of homicides and suicides and number of murder victims

Орудия / способы Weapons / methods	Убийства Homicides (n=12)		Число жертв убийств The number of homicide victims (n=39)		Самоубийства Suicides (n=12)	
	n	%	n	%	n	%
Огнестрельное Firearm	6	50,0	29	74,4	6	50,0
Холодное Steel arms	4	33,4	7	17,9	2	16,7
Удушение / Повешение Strangulation / Suffocation	1	8,3	2	5,1	3	25,0
Падение с высоты Falling from a height	-	-	-	-	1	8,3
Несколько Several methods	1	8,3	1	2,6	-	-
Всего Total:	12	100,0	30	100,0	12	100,5

Как видно из табл. 2, самым частым способом убийства и самоубийства было использование огнестрельного оружия (в подавляющем числе случаев ружья), довольно часто преступники прибегали к колюще-режущим предметам (ножам) и удушению. Из способов самоубийств, кроме огнестрельного оружия, использовались повешение, холодное оружие и падение с высоты. Несколько орудий / способов встречалось в одном случае.

В большинстве случаев самоубийства совершались в том же самом месте, что и убийство, обычно в помещениях (колледжей, квартиры, заброшенных хозяйственных постройках – ферма, маслоцех). Значительно реже это были – территория воинской части, лесные массивы. В двух случаях она менялась, например, убийство совершено в воинской части, а самоубийство – в лесном массиве недалеко от неё, убийство – в соседской квартире, а самоубийство – на балконе своей квартиры.

Способы убийств и самоубийств совпадали в 75,0% случаев, чаще всего с использованием огнестрельного (50%) оружия, реже с помощью колющих / режущих предметов (16,7-33,4%) и удушения (8,3-25,0%). Алкогольное опьянение у убийц указывалось лишь в одном случае (8,3%).

Чаще причинами ПГСУ были различные конфликты, ссоры (n=8), разрыв партнерских отношений, ревность (n=3), «чтобы родные не переживали из-за самоубийства» (n=1).

В табл. 3 представлены половозрастные группы жертв ПГСУ. Видно, что преобладали лица подросткового и трудоспособного возраста. Убийцы значительно уступали по возрасту своим жертвам (18,2±1,1 года и 27,3±17,5 года соответственно).

As can be seen from the table 2, the most common method of killing and suicide was the use of firearms (in the vast majority of cases, guns), quite often criminals resorted to steel arms (knives) and asphyxiation. Besides firearms as a methods of suicide, there were also hanging, steel arms and falling from a height. Several tools / methods were encountered in one case.

In most cases, suicides occurred in the same place as the murder, usually on the premises (colleges, apartments, abandoned outbuildings – a farm, an oil workshop). Much less often it was the territory of the military unit, forests. In two cases, the place changed, for example, a murder was committed in a military unit while the follow-up suicide occurred in a nearby forest, or a murder was committed in a neighboring apartment, while the suicide followed on the balcony of the murder’s apartment.

The methods of murder and suicide coincided in 75.0% of cases, most often with the use of firearms (50%), less often with the help of piercing / cutting objects (16.7-33.4%) and strangulation (8.3-25.0%). Alcohol intoxication among killers was indicated in one case only (8.3%).

Most often, the reasons for PHSU were various conflicts, quarrels (n=8), partnership breakdowns, jealousy (n=3), “so that relatives did not have to worry about suicide” (n=1).

The table 3 shows the age and sex groups of victims of PHSU. It is seen that the victims are predominantly adolescents and people of working age. Killers were significantly younger in age compared to their victims (18.2±1.1 years of age and 27.3±17.5 years of age, respectively).

Таблица 3 / Table 3

Половозрастные группы жертв ПГСУ / Sex and age groups of victims of PHSU

Возрастные группы Age groups	Оба пола / Both sexes (n=39)		Пол мужской / Male (n=23)		Пол женский / Female (n=16)	
	n	%	n	%	n	%
4 года	2	5,1	1	4,35	1	6,25
13-19	17	43,6	9	39,1	8	50,0
20-64	17	43,6	12	52,2	5	31,25
≥ 65	3	7,7	1	4,35	2	12,5
Всего / Total:	39	100,0	23	100,0	16	100,0
		100,0		59,0		41,0

Обсуждение результатов.

Включение 19-летних в исследование обусловлено критериями фонда ООН в области народонаселения, который к подросткам относит лиц в возрасте 10-19 лет (ранним подростковым возрастом считается период 10-14 лет, старшим – 15-19 лет). Кроме того, тинэйджер с английского языка буквально означает период от 13 до 19 лет (teen + age). Недавно проведённое в США исследование в группу подростков включило лиц в возрасте до 21 года [17], при этом есть предложение считать таковыми молодых людей вплоть до 24 лет [20].

По сравнению с данными литературы, согласно которым среди подростков лидируют партнерские ПГСУ [17], мы обнаружили внесемейные случаи, довольно вариabельными по своим мотивам и числу жертв. Сюда вошли расстрелы военнослужащих в армии, работников и учащихся колледжей, другие убийства, совершённые разными способами знакомых и незнакомых людей. При этом наши наблюдения о преобладании мужчин в качестве агрессоров с использованием огнестрельного оружия совпали с данными литературы [2, 7, 8-10, 12, 13], но отличались бóльшей долей среди погибших лиц мужского пола, что отчасти объясняется местом совершения ПГСУ (армейские части), профилем учебных заведений и полом жертв-обидчиков.

В работе А. Adhia и соавт. [17] использовалась классификация Т. Joiner [21], основанная на извращении четырех добродетелей (справедливости, милосердия, славы, долга), а также таких категорий, как извращение самоконтроля и судьбы. Как видно из табл. 4, имеется некоторая схожесть в распределении случаев ПГСУ. Извращение героической славы наблюдалось нами при ПГСУ, совершённых в учебных заведениях, хотя отчасти вместе с желанием прославиться присутствовали и мотивы ложной справедливости, с намерениями отомстить, наказать своих обидчиков. Наиболее четко такое выявлялось в «армейских расстрелах» [18]. Представляет интерес извращение такой добродетели, как милосердие. Среди собранных нами случаев 16-летний подросток убил во время сна пятерых членов своей семьи, чтобы они не переживали по поводу его смерти после запланированного им самоубийства.

The discussion of the results.

The inclusion of 19-year-olds in the study is due to the criteria of the United Nations Population Fund, which refers to people aged 10-19 years old as adolescents (where the period of 10-14 years old is considered to be early adolescence, and the period pf15-19 is seen as later adolescence). In addition, the English word “a teenager” literally encompasses the period of 13 to 19 (teen + age). A recent United States study suggested to include people under the age of 21 in the adolescents group [17], and there is another proposal to consider young people under 24 years of age as such [20].

Compared to the literature, according to which intimate PHSU are leading among teenagers [17], we found extra-family cases to be more prevalent and quite variable in terms of their motives and the number of victims. This included executions of military personnel in the army, college workers and students, and other murders of friends and strangers committed in various ways. At the same time, our observations about the predominance of men as aggressors using firearms coincided with those in the literature [2, 7, 8-10, 12, 13], but differed in that we found a larger share of males among the victims as well, which is partly explained by the location of the commission of PHSU (military units), the profile of educational institutions and the gender of the offending victims.

In their work, A. Adhia et al. [17] used the classification by T. Joiner [21] that is based on a perversion of the four virtues (justice, mercy, glory, duty), as well as a perversion of such categories as self-control and fate. As can be seen from the table 4, there is some similarity in the distribution of PHSU cases. A perversion of heroic glory was observed by us at PHSU committed in educational institutions, although partly with the desire to become famous there were also motives of false justice, with the intentions of revenge and punishment of the offenders. This was most clearly revealed in the “army executions” [18]. Of interest is the perversion of such virtue as mercy.

Таблица 4 / Table 4

Сопоставление мотивов подростковых ПГСУ по Т. Joiner [21]
 Comparison of the motives of adolescent PHSU according to T. Joiner [21]

Извращения: Perversion of:	По А. Adhia и соавт., 2020 [17] Data of [17]		Данные настоящего исследования Data from this study	
	n	%	n	%
Справедливости / Justice	8	17,0	5	41,7
Милосердия / Mercy	1	2,1	1	8,2
Героической славы / Heroic glory	–	–	2	16,7
Долга / Duty	–	–	–	–
Самоконтроля / Self-control	11	23,4	2	16,7
Судьбы / Fate	–	–	–	–
Невозможно определить Unable to categorize	27	57,5	2	16,7
	47	100,0	12	100,0

Нам встретился ещё один похожий случай, когда 17-летний подросток «из жалости» 21 ударом ножа зарезал свою 70-летнюю бабушку-опекуницу («чтобы не расстраивалась после его смерти» вследствие самоубийства) и поехал в сторону моста совершать самоубийство прыжком с высоты, но был задержан сотрудниками правоохранительных органов.

Можно согласиться с А. Adhia и соавт. в том, что нередко трудно определить мотивы ПГСУ, самоубийство было первичным, доминирующей идеей, способствующей убийству [17]. В части случаев самоубийство изначально не планировалось, но в результате произошедшего убийства было совершено (чаще всего вследствие извращения самоконтроля, судьбы, а по данным отечественной литературы, из-за страха строгого уголовного наказания [20]). Эти вопросы являются чрезвычайно важными и требующими дополнительного сбора информации и тщательных исследований.

Среди случаев не встретились детские ПГСУ, хотя в федеральной выборке таковых было 16,4% [14]. В одном нашем наблюдении 19-летняя женщина с грудным ребёнком убила соседа, являющегося отцом ребёнка, а потом себя. Что стало с ребёнком неизвестно, но такие вопросы задавались в сети. Анализ 43 случаев судебно-психиатрической экспертизы за 30 лет (1982-2011) показал, что среди убийц новорождённых детей была часть несовершеннолетних. Они совершили преступления из-за страха перед родителями, стыда и по другим причинам, в последующем у некоторых возникли суицидальные мысли и депрессивные состояния [22]. Поэтому ПГСУ вполне вероятны, так как у женщин во время беременности и послеродовом периоде весьма характерны суицидальные проявления [23]. Среди 17 матерей, убивших своих детей, семь пытались покончить жизнь самоубийством. Причём многие демонстрировали признаки суицидальных тенденций до

Among the cases we collected, a 16-year-old teenager killed five members of his family while at sleep so that they would not worry about his death after his planned suicide. There was another similar case when a 17-year-old teenager stabbed 21 times his 70-year-old guardian grandmother “out of pity” (“so that she were not upset after his death because of suicide) and on the way to the bridge with the aim to commit suicide by jumping from a height, he was detained by law enforcement officials.

One can agree with A. Adhia et al. on the fact that it is often difficult to determine the motives of the PHSU, suicide was the primary, dominant idea conducive to murder [17]. In some cases, suicide was not originally planned, but it was committed as a result of the killing that occurred (most often as a result of perversion of self-control, fate, and according to Russian research because of fear of severe criminal punishment [20]). These issues are extremely important and require additional collection of information and thorough research.

Among the cases there were no pediatric PHSU, even though in the federal sample there were 16.4% of those [14]. In one of our observations, a 19-year-old woman with an infant killed her neighbor who was the father of the child, and then killed herself. What happened to the child is unknown, but such questions were asked online. An analysis of 43 cases of forensic psychiatric examination over 30 years (1982-2011) showed that among the murderers of newborn children, there were some minors. They committed crimes because of fear of their parents, shame, and for other reasons, subsequently some had suicidal thoughts and depressive states [22]. Therefore, PHSU are quite likely, since suicidal manifestations are very characteristic of women dur-

совершенного преступления, в основе которого в восьми случаях лежали так называемые «альтруистические» и «супружеские» мотивы убийства ребёнка [7, 9, 12].

В России стрельба в школе впервые случилась в феврале 2014 г. в г. Москва, когда 15-летний ученик застрелил на глазах одноклассников учителя географии, а потом сотрудника вневедомственной охраны и тяжело ранил патрульного. Очевидно, только присутствие отца на месте трагедии, позволило остановить дальнейшие убийства и запланированное самоубийство; на судебно-психиатрической экспертизе «подросток-стрелок» был признан невменяемым [24]. С тех пор произошёл ряд нападений на школы гг. Москвы, Перми, Улан-Уде, Московской области со значительным количеством пострадавших, но преступники остались живы, поэтому эти случаи не включены в настоящее исследование [25]. Но в целом прослеживается тенденция к росту таких преступлений как у нас в стране, так и в странах мира [26]. Так, в течение 2013-2015 гг. в США зарегистрировано 154 (35, 55 и 64) инцидента в школах с использованием огнестрельного оружия [26]. В США массовые убийства с применением огнестрельного оружия происходят примерно каждые две недели, а школьные в среднем – ежемесячно [27]. Кросс-национальное исследование в 171 стране мира показало, что «массовые убийства = расстрелы» следует с большой вероятностью ожидать в США и других странах с высоким уровнем владения населением огнестрельным оружием, даже, если граждане являются «относительно мирными» и «психически здоровыми» [28]. Число погибших всегда больше, если массовый убийца «запланировал» (совершил) самоубийство, особенно, когда деликт произошёл в Европе [29]. Они с меньшей вероятностью будут признаны невменяемыми (больными шизофренией) [30].

Огнестрельное оружие является самым частым способом ПГСУ как среди подростков, так и среди взрослого населения. Это не случайно. В период с 2005 по 2015 гг. уровень самоубийств, совершённых с помощью огнестрельного оружия среди подростков США удвоился, особенно в сельских поселениях. Предлагается сократить доступ к домашнему огнестрельному оружию независимо от его вида [31]. Огнестрельное оружие является и самым частым орудием убийств среди подростков, имеющих к нему доступ. Особенно часто убивают девушек, состоящих в интимных отношениях, по причине расставания, ревности, нежелательной беременности [32].

Наши исследования убийств и самоубийств, совершённых подростками в Чувашии показали крайне редкое использование огнестрельного оружия [33, 34], чего нельзя сказать про ПГСУ. Поэтому ограничение

ing pregnancy and the postpartum period [23]. Among the 17 mothers who killed their children, seven tried to commit suicide. Moreover, many showed signs of suicidal tendencies before the crime, which in eight cases was based on the so-called "altruistic" and "marital" motives for killing a child [7, 9, 12].

In Russia, shooting at a school first occurred in February 2014 in Moscow, when a 15-year-old student shot a geography teacher in front of classmates, then a private security officer and severely wounded a patrol officer. Obviously, only the presence of his father at the scene of the tragedy allowed to stop further killings and planned suicide; at the forensic psychiatric examination, the "shooter teenager" was declared insane [24]. Since then, there have been a number of attacks on schools of the cities in Moscow, Perm, Ulan-Ude, Moscow region with a significant number of victims, but the criminals remained alive, so these cases are not included in this study [25]. But on the whole, there is a tendency towards an increase in such crimes both in our country and in the countries of the world [26]. Thus, during 2013-2015 in the USA, 154 (35, 55, and 64) incidents with the use of firearms were recorded in schools [26]. In the United States, firearms killings occur approximately every two weeks, and school killings, on average, every month [27]. A cross-national study in 171 countries around the world showed that "mass killings = executions" should be most likely to be expected in the United States and other countries with a high level of possession of firearms, even if citizens are "relatively peaceful" and "mentally healthy" [28]. The death toll is always greater if the mass killer "planned" (committed) suicide, especially when the criminal act occurred in Europe [29]. They are less likely to be recognized as insane (patients with schizophrenia) [30].

Firearms are the most common method of PHSU, both among adolescents and among adults. This is not an accident. Between 2005 and 2015 the rate of suicides committed with firearms among US teenagers has doubled, especially in rural areas. It is proposed to reduce access to firearms at homes regardless of their type [31]. Firearms are also the most common murder weapon among adolescents who have access to it. Especially often girls who are in an intimate relationship are killed, because of separation, jealousy, or unwanted pregnancy [32].

Our studies of murders and suicides committed by adolescents in Chuvashia showed an extremely rare use of firearms [33, 34], which cannot be said about PHSU. There-

доступа к огнестрельному оружию может сократить число жертв в результате преступлений. Так, после проведения реформы об оружии в Австралии в 1996 году, за 10 лет не было зарегистрировано ни одного случая «массовых убийств», произошло снижение смертности от самоубийств и убийств с применением огнестрельного оружия [35].

Что касается случаев, связанных с «расстрелом сослуживцев», это особый вид деликта, отличающийся от обычных ПГСУ. В нашей стране с 2001 по 2010 гг. Произошло 26 таких преступлений, с самоубийством (5) агрессора около 20% (ПГСУ), то есть почти каждое пятое преступление [18]. Если в России ведущими причинами являются неуставные отношения, то за рубежом проблемы со здоровьем, в том числе посттравматические стрессовые расстройства, возникшие в результате службы в армии [36]. ПГСУ, совершённые военнослужащими, отличаются от аналогичных инцидентов, произошедших с гражданскими лицами.

Ограничениями нашего исследования являются: малочисленность наблюдений подростковых ПГСУ, их значительная типологическая вариабельность, отсутствие многих социально-психологических характеристик агрессоров и жертв, состояния их психического здоровья, мотивации совершения как убийств, так и самоубийств.

Заключение.

Проведённый анализ позволил получить предварительные данные о ПГСУ молодых людей, которые имеют отличия от более старшей возрастной группы; преобладают внесемейные ПГСУ, многие из которых можно назвать корпоративными¹. Среди жертв наблюдается большая доля людей молодого и трудоспособного возраста. Недооцениваются последствия буллинга (бойкота сверстниками, оскорблений, других форм издевательств и разнообразных проявлений дискриминации в молодежной среде), хронического стресса, депрессивных (психических) расстройств у подростков в совершении агрессивных действий, направленных на себя и окружающих. Для лучшего понимания этого феномена и разработки профилактических мер следует продолжить сбор случаев таких ПГСУ не только в интернет-изданиях, но и в реальной жизни (например, в судебно-психиатрической, судебно-медицинской и юридической практике) с участием специалистов субъектов Российской Федерации. Число ПГСУ и их жертв можно сократить ограничением доступа подростков к огнестрельному оружию и контролем за его использованием.

fore, restricting access to firearms can reduce the number of victims of the crime. So, after the arms reform in Australia in 1996, not a single case of “mass killings” was recorded in 10 years, there was a decrease in mortality from suicides and murders using firearms [35].

As for the cases connected with the “execution of colleagues”, it is a specific kind of crime that differs from the usual PHSU. In our country from 2001 to 2010 26 such crimes took place, about 20% ended with the suicide (5) of the aggressor (PHSU), that is, almost every fifth crime [18]. If in Russia the leading causes were hazing, abroad these were health problems, including post-traumatic stress disorders that have arisen as a result of military service [36]. PHSU committed by military personnel are different from similar incidents that occurred with civilians.

The limitations of our study are: the paucity of observations of adolescent PHSU, their significant typological variability, the absence of many socio-psychological characteristics of aggressors and victims, their mental health status, motivation for committing both murders and suicides.

Conclusion

The analysis made it possible to obtain preliminary data on the PHSU of young people since they differ from the PHSU committed by older age groups; extra-family PHSU prevail, many of which can be called corporate. Among the victims there is a large proportion of people of a young and working age. The consequences of bullying (boycotting by peers, insults, other forms of bullying and various manifestations of discrimination among young people), chronic stress, depressive (mental) disorders in adolescents in committing aggressive actions directed at themselves and others are underestimated. For better understanding of this phenomenon and the development of preventive measures, it is necessary to continue collecting cases of such PHSU not only in online publications, but also in real life (for example, in judicial psychiatric, forensic and legal practice) with the participation of specialists from the subjects Russian Federation. The number of PHSU and their victims can be reduced by restricting adolescents' access to firearms and monitoring their use.

¹Корпорация: 1) замкнутая группа лиц, объединенная общностью интересов (сословных, профессиональных и др.); 2) объединение, союз, общество. Словарь иностранных слов: [более 4500 слов и выражений] / Н.Г. Комлев. М.: Эксмо, 2006. 669 с. / Corporation: 1) a closed group of individuals, united by a commonality of interests (social, professional, etc.); 2) association, union, community. Dictionary of foreign words: [more than 4,500 words and phrases] / N.G. Komlev. M.: Eksmo, 2006.669 s.

Литература / References:

1. Large M., Smith G., Nielssen O. The epidemiology of homicide followed by suicide: a systematic and quantitative review. *Suicide Life Threat. Behav.* 2009. Jun.; 39 (3): 294-306. DOI:10.1521/suli.2009.39.3.294.
2. Liem M., Oberwittler D. Homicide Followed by Suicide in Europe. Handbook of European Homicide Research: Patterns, Explanations, P. and Country Studies. Springer Science+Business Media. 2012; 197-215. DOI: 10.1007/978-1-4614-0466-8_12
3. Голенков А.В. Постгомицидные самоубийства: обзор литературы. *Суицидология.* 2018; 9 (3): 3-15. doi: https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-3-15. [Golenkov A.V. Post-homicide suicides: review of literature. *Suicidology.* 2018; 9 (3): 3-15. DOI: https://doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-3-15.] (In Russ)
4. Liem M., Nieuwebeerta P. Homicide followed by suicide: a comparison with homicide and suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2010. Apr.; 40 (2): 133-145. DOI: 10.1521/suli.2010.40.2.133.
5. McPhedran S., Eriksson L., Mazerolle P., De Leo D., Johnson H., Wortley R. Characteristics of Homicide-Suicide in Australia: A Comparison With Homicide-Only and Suicide-Only Cases. *J. Interpers Violence.* 2018. Jun.; 33 (11): 1805-1829. DOI: 10.1177/0886260515619172
6. Liem M., Barber C., Markwalder N., Killias M., Nieuwebeerta P. Homicide-suicide and other violent deaths: an international comparison. *Forensic Sci. Int.* 2011. Apr. 15; 207 (1-3): 70-76. DOI: 10.1080/14789940802364369
7. Chan C.Y., Beh S.L., Broadhurst R.G. Homicide-suicide in Hong Kong, 1989-1998. *Forensic Sci. Int.* 2004. Mar. 10; 140 (2-3): 261-267. DOI: 10.1016/s0379-0738(03)00350-5
8. Dogan K.H., Demirci S., Gunaydin G., Buken B. Homicide-suicide in Konya, Turkey between 2000 and 2007. *J. Forensic Sci.* 2010. Jan.; 55 (1): 110-115. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2009.01239.x
9. Stack S. Homicide followed by suicide: An analysis of Chicago data. *Criminology.* 1997. Aug.; 35 (3): 435-453.
10. De Koning E., Piette M.H. A retrospective study of murder-suicide at the Forensic Institute of Ghent University, Belgium: 1935-2010. *Med. Sci. Law.* 2014. Apr.; 54 (2): 88-98. DOI: 10.1177/0025802413518018
11. Flynn S., Gask L., Appleby L., Shaw J. Homicide-suicide and the role of mental disorder: a national consecutive case series. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2016. Jun.; 51 (6): 877-884. DOI: 10.1007/s00127-016-1209-4
12. Голенков А.В. Распространенность и особенности постгомицидных суицидов на примере одного из регионов России. Психическое здоровье. 2018; 16 (2): 9-13. DOI: 10.25557/2074-014X.2018.02.9-13. [Golenkov A.V. Prevalence and peculiarities of post-homicide suicides on the example of one of the regions of Russia. *Mental health.* 2018; 16 (2); 9-13.] (In Russ)
13. Голенков А.В. Постгомицидные самоубийства: описание 5 случаев. Российский психиатрический журнал. 2017; 2: 12-16. [Golenkov A.V. Post-homicide suicide: a description of 5 cases. *Russian Psychiatric Journal.* 2017; 2: 12-16.] (In Russ)
14. Голенков А.В., Орлов Ф.В., Бульгина И.Е., Деомидов Е.С. Постгомицидные самоубийства в России. *Суицидология.* 2019; 10 (2): 32-41. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02 (35)-32-41. [Golenkov A.V., Orlov F.V., Bulygina I.E., Deomidov E.S. Post-homicide suicides in Russia. *Suicidology.* 2019; 10 (2): 32-41.] (In Russ)
15. Зотов П.Б., Спандерова Н.Н. Постгомицидные самоубийства в Тюменской области (Западная Сибирь) в 2008-2018 гг. Девьянтология. 2019; 3 (2): 52-58. [Zotov P.B., Spaderova N.N. Post-homicide suicides in the Tyumen region (Western Siberia) in 2008-2018. *Deviant Behavior (Russia).* 2019; 3 (2): 52-58.] (In Russ)
16. Salari S. Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: strategies for prevention. *Clin. Interv. Aging.* 2007; 2 (3): 441-452.
17. Adhia A., DeCou C.R., Huppert T., Ayyagari R. Murder-Suicides Perpetrated by Adolescents: Findings from the National Violent Death Reporting System. *Suicide Life Threat Behav.* 2020. Apr; 50 (2): 534-544. DOI: 10.1111/sltb.12607.
18. Случаи нападения на сослуживцев в вооруженных силах РФ в 2001-2010 гг. https://ria.ru/20100611/245123366.html [Cases of attacks on colleagues in the armed forces of the Russian Federation in 2001-2010]. (In Russ)
19. Массовое убийство в Керченском политехническом колледже// wikipedia.org. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/ (дата обращения: 12.05.2020). [Massacre at the Kerch Polytechnic College // wikipedia.org. [Electronic resource]. Access mode: https://ru.wikipedia.org/wiki/ (accessed: 05/12/2020).] (In Russ)
20. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: МИА, 2019. 600 с. [National Guide to Suicidology / Ed. B.S. Polozhiy. Moscow: MIA, 2019. 600 p.] (In Russ)
21. Joiner T. The perversion of virtue: Understanding murder-suicide. New York, NY: Oxford University Press, 2014, 264 p.
22. Цымбалова А.Б., Ковалева Е.Ю., Голенкова В.А. Случаи убийств женщинами новорожденных детей (судебный психиатрический аспект). Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: материалы республиканской науч.-практ. конф., посвященной 55-летию Республиканской психиатрической больницы. Чебоксары, 2017: 183-185. [Tsymbalova A.B., Kovaleva E.Yu., Golenkova V.A. Cases of murders by women of newborn children (forensic psychiatric aspect). Actual issues of psychiatry and narcology: materials of the Republican scientific and practical. Conf., dedicated to the 55th anniversary of the Republican Psychiatric Hospital. Cheboksary, 2017: 183-185.] (In Russ)
23. Rougé-Maillart C., Jousset N., Gaudin A., Bouju B., Penneau M. Women who kill their children. *Am.J. Forensic Med. Pathol.* 2005. Dec; 26(4):320-326. DOI: 10.1097/01.paf.0000188085.11961.b2
24. Стрельба в школе № 263// wikipedia.org. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Стрельба_в_школе_№_263 (дата обращения 15.05.2020). [Shooting at school number 263 // wikipedia.org. [Electronic resource]. Access mode: https://ru.wikipedia.org/wiki/Shooting_in_shkole_№_263 (accessed 05.15.2020).] (In Russ)
25. Суходольская Ю.В. Криминологические аспекты и предупреждение массовых убийств в образовательных организациях. *Законность.* 2019; 6 (1016): 44-46. [Sukhodolskaya Yu.V. Criminological aspects and the prevention of mass killings in educational organizations. *Legality.* 2019; 6 (1016): 44-46.] (In Russ)
26. Kalesan B., Lagast K., Villarreal M., Pino E., Fagan J., Galea S. School shootings during 2013-2015 in the USA. *Inj. Prev.* 2017. Oct.; 23 (5): 321-327. DOI: 10.1136/injuryprev-2016-042162
27. Towers S., Gomez-Lievano A., Khan M., Mubayi A., Castillo-Chavez C. Contagion in Mass Killings and School Shootings. *PLoS One.* 2015. Jul. 2; 10 (7): e0117259. DOI: 10.1371/journal.pone.0117259. eCollection 2015.
28. Lankford A. Public Mass Shooters and Firearms: A Cross-National Study of 171 Countries. *Violence Vict.* 2016; 31 (2): 187-199. DOI: 10.1891/0886-6708.VV-D-15-00093
29. Lester D., Stack S., Schmidtke A., Schaller S., Müller I. The deadliness of mass murderers. *Psychol. Rep.* 2004. Jun; 94 (3 Pt 2): 1404. DOI: 10.2466/pr.94.3c.1404-1404
30. Lester D., Stack S., Schmidtke A., Schaller S., Müller I. Mass homicide and suicide deadliness and outcome. *Crisis.* 2005; 26 (4): 184-187. DOI: 10.1027/0227-5910.26.4.184
31. Hanlon T.J., Barber C., Azrael D., Miller M. Type of Firearm Used in Suicides: Findings From 13 States in the National Violent Death Reporting System, 2005-2015. *J. Adolesc. Health.* 2019. Sep; 65 (3): 366-370. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2019.03.015
32. Adhia A., Kernic M.A., Hemenway D., Vavilala M.S., Rivara F.P. Intimate Partner Homicide of Adolescents. *JAMA Pediatr.* 2019. Jun. 1; 173 (6): 571-577. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2019.0621
33. Голенков А.В., Цымбалова А.Б. Результаты судебно-психиатрической экспертизы подростков, совершивших

- убийства. Судебная психиатрия: современные проблемы теории и практики (диагностика, экспертиза, профилактика): материалы науч.-практ. конф. с международным участием. М., 2018: 43-45. [Golenkov A.V., Tsybalova A.B. Results of a forensic psychiatric examination of adolescents who committed murders. Forensic psychiatry: current problems of theory and practice (diagnosis, examination, prevention): materials of scientific-practical. conf. with international participation. Moscow, 2018: 43-45.] (In Russ)
34. Карышев П.Б., Голенков А.В., Миронец Е.Н. Самоубийства среди детей и подростков Чувашии. XIV съезд психиатров

- России: материалы съезда. М., 2005: 440-441. [Karyshev P.B., Golenkov A.V., Mironets E.N. Suicides among children and adolescents in Chuvashia. XIV congress of psychiatrists of Russia: materials of the congress. Moscow, 2005: 440-441]. (In Russ)
35. Chapman S., Alpers P., Agho K., Jones M. Australia's 1996 gun law reforms: faster falls in firearm deaths, firearm suicides, and a decade without mass shootings. *Inj. Prev.* 2006. Dec; 12 (6): 365-372. DOI: 10.1136/ip.2006.013714
36. Patton C.L., McNally M.R., Fremouw W.J. Military Versus Civilian Murder-Suicide. *J. Interpers. Violence.* 2017. Sep; 32 (17): 2566-2590. DOI: 10.1177/0886260515593299

ADOLESCENT POST-HOMICIDE SUICIDES

A.V. Golenkov

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

Abstract:

Adolescent post-homicide suicides (PHSU) are extremely rare. However, in the last two decades their number has significantly increased. The purpose of the research was to study adolescent PHSU in the Russian Federation. Materials and methods. The analysis included 12 adolescents who completed PHSU, aged 16 to 19 (mean age – 18.2±1.1). Information about the crimes was collected in the electronic media, on the websites of the Investigative Committee of 11 constituent entities of the Russian Federation during the period from January 1, 2009 to December 31, 2019. Data on 39 victims of PHSU (23 males and 16 females) aged 4 to 69 (mean age – 27.3±17.5) was also analyzed, as well as their socio-demographic, psychopathological and criminological indicators. Results. Boys completed 11 PHSU, girls – one (seven happened in urban areas and five occurred in rural areas). Most often (n=8), extra-family PHSU occurred, then intimate (partner) (n=3) and family (n=1) followed. In 50.0% of cases, firearms were used, in 33.4% – steel arms, and others (asphyxiation, several methods) – in 16.6%. The methods of homicide and suicide were identical in 75.0% of cases; in 83.3% cases suicides occurred in the same place as the murder shortly after it. 43.6% of the victims were aged 13-19 and the same number was aged 20-64. 30 people died in three PHSU (mass shooting of students and staff at a college in Kerch; shooting of an officer and soldiers in a military base located in the Kostroma region and killing with an ax of the members of three generations of a family in the Ulyanovsk region). The reasons for PHSU were: prolonged conflicts (bullying, hazing in the army), parting with a partner (girlfriend), fear of criminal punishment for murder, not to make relatives worry after the suicide. Mental disorders were confirmed in one case, as was alcohol intoxication (from psychoactive substances) at the time of PHSU. Suicidal tendencies before the homicide were detected in 33.3%; 75.0% of the homicides can be classified as committed intentionally. Adolescent PHSU have a particularly high proportion of peer victims; killing of young children is quite rare; extra-family PHSU prevail, aggressors, as a rule, are younger than victims. Conclusion. Due to its rarity, adolescent PHSU have not been properly studied, prevention is practically not developed and in many aspects is the same as the measures to prevent homicides and suicides among young people. The number of victims of PHSU can be reduced by restricting adolescents' access to firearms and controlling their use.

Keywords: post-homicide suicides, adolescents (teenagers), mass murders, Russia, online media reports

Вклад автора:

A.V. Golenkov: разработка дизайна исследования; написание текста рукописи; редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

A.V. Golenkov: developing the research design, article writing and editing.

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: 18.05.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 01.07.2020.

Для цитирования: Голенков А.В. Подростковые постгомицидные самоубийства. *Суицидология.* 2020; 11 (2): 3-14. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-3-14

For citation: Golenkov A.V. Adolescent post-homicide suicides. *Suicidology.* 2020; 11 (2): 3-14. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-3-14

НАМЕРЕННЫЕ НЕСУИЦИДАЛЬНЫЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ. ЧАСТЬ I: ПОИСК МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ИЛИ «ПУТЬ ДАЛЁКИЙ ДО ТИППЕРЕРИ»¹

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов

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

ADOLESCENT DELIBERATE SELF-HARM. PART I: HELP-SEEKING BEHAVIOR, OR «IT'S A LONG WAY TO TIPPERERI»

Е.Б. Lyubov, P.B. Zotov

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbsky, Moscow, Russia
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Информация об авторах:

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

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

Information about the authors:

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

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

В обзоре литературы на примере подростков с намеренными несуйцидальными самоповреждениями поиск помощи показан как поведенческий навык, процесс прохождения последовательного ряда функциональных и организационных фильтров. В результате, меньшая часть наиболее тяжелых больных получает какую-либо профессиональную помощь. Детализированы многообразные факторы, отторгающие подростка от помощи, и благоприятствующих получению своевременного лечения. Более привлекательны профессиональные службы нового типа, ориентированные на психосоциальное выздоровление, и учитывающие изменчивые клиничко-социальные потребности подростка и его близких (подробнее – в части II Обзора).

Ключевые слова: несуйцидальные самоповреждения, подростки, поиск помощи

Кому повем печаль мою,
Кого призову к рыданию?
Стих плача Иосифа Прекрасного

To whom shall I grieve,
Whom shall I call to sob?
Verse of Joseph the Beautiful

Подростки представляют проблематичную в плане поиска и получения адекватной помощи возрастную группу. Несвоевременное лечение утяжеляет бремя медико-социальных последствий самоповреждающего

Adolescents present an age group that is problematic in terms of finding and getting adequate help. Untimely treatment aggravates the burden of medical and social consequenc-

¹Начальная строка английской солдатской песни-оберега, ведшей Союзников к победе в двух мировых войнах.
The first line of the English soldier's amulet song that led the Allies to victory in two world wars.

поведения (СХ)¹. Отдельные исследования психиатрической субпопуляции рассматривают паттерны поиска профессиональной помощи суицидентами [1] при малом внимании к подростковой группе с сочетанными клинико-социальными проблемами и с СХ, в частности.

«Правильное» поведение в поиске помощи служит защитным фактором телесного и психического благополучия подростков [2], а своевременное профессиональное лечение облегчает последствия психических расстройств и/или СХ [3, 4]. Однако большинство подростков и молодых не обращаются за профессиональной помощью, даже если нуждаются в ней [5]. В этом контексте важно изучить модели поведения подростков в поиске медицинской (психиатрической) помощи, факторы риска и «поощряющие» факторы на этом пути.

Цель обзора: объяснение и детализация препятствий и факторов, способствующих поиску помощи подростков с самоповреждениями и в отдельных группах высокого риска для вовлечения их в целевые лечебно-профилактические программы.

Определения.

Самоповреждение (англицизм «селф-харм», или СХ) – намеренное причинение себе несмертельного вреда (как самопорезы, самоотравление), независимо от мотивов или намерения умереть – связано с риском психических расстройств, суицидального поведения (СП) и иных неблагоприятных последствий, как академическая неуспешность и преждевременная смерть из-за рискованного поведения [6, 7, 8, 9].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет поиск помощи как действие полагающего себя нуждающимся в психологических, медицинских или социальных услугах для удовлетворения потребности положительным образом: обращение к профессионалам, как к врачу общей практики, психиатру, но и к народным целителям, духовнику или к неформальным источникам (сверстникам и друзьям, родным и / или «значимым другим» как взрослым) [10]. То есть помощь (инициировать её) возможна из различных источников: от неформальных до официальных. В любом случае, обращение за помощью предполагает активное общение с другими [11, 12], способ справиться с проблемой (например, дистрессом), благоприобретённый адаптивный навык, связанный с психическим и телесным благополучием подростка [13].

Поиск помощи как процесс. Обращение к профессионалу представляет пошаговый процесс осознания, выражения проблемы и понимания потребности сторонней помощи, определения подходящих источников помощи и, наконец, готовность искать и рас-

es of self-harming behavior (SH). Separate studies of the psychiatric subpopulation consider patterns of seeking professional help by suicide attempters [1] with little attention to the adolescent group with combined clinical and social problems and, in particular, with SH.

“Correct” behavior in seeking help serves as a protective factor in the bodily and mental well-being of adolescents [2], and timely professional treatment alleviates the consequences of mental disorders and / or SH [3, 4]. However, most adolescents and young people do not seek professional help, even if they need it [5]. In this context, it is important to study the behavior patterns of adolescents in the search for medical (psychiatric) care, risk factors and “encouraging” factors along the way.

The purpose of the review is to explain in detail the obstacles and factors contributing to the search for help by adolescents with self-harm and in certain high-risk groups to engage them in targeted treatment and prevention programs.

Definitions.

Self-harm (SH) is an intentional self-infliction of non-fatal harm (such as self-cutting, self-poisoning), regardless of motive or intention to die and is associated with the risk of mental disorders, suicidal behavior (SB) and other adverse consequences like academic failure and premature death due to risky behavior [6, 7, 8, 9].

The World Health Organization (WHO) defines the search for help as the action by the one who believes they need psychological, medical or social services in order to meet such a need in a positive way through turning to professionals such as a general practitioner, a psychiatrist, or to traditional healers, confessors or informal small sources (peers and friends, relatives and / or “significant other” adults) [10]. That is, help (and its initiation) is possible from various sources: from informal to official. In any case, seeking help involves active communication with others [11, 12], a way to cope with a problem (for example, distress), a well-acquired adaptive skill related to the mental and bodily well-being of a teenager [13].

Seeking help as a process. Appealing to a professional is a step-by-step process of becoming aware of the problem, expressing it, understanding the need for outside assistance, determining suitable sources of assistance and, finally, being ready to seek and reveal potential sources of assistance [12, 14].

¹ Англицизм «селф-харм», в дальнейшем тексте – СХ / Anglicism "self-harm", or in the further text – SH

крывать потенциальные источники помощи [12, 14].

Пути поиска помощи – череда «фильтров», отсеивающих ищущих [15]. Первый фильтр – распознавание симптомов, второй – обращение к врачам общей практики, третий – их решение и / или направление в специализированные (психиатрические) службы. После решения обратиться за сторонней помощью, информация перестает быть «частным делом».

«Стадийная» модель процесса поиска помощи [16] означает, что подростки изначально видят СХ реальной проблемой, требующей помощи, быть мотивированными к поиску и найти её [17]. Модель приспособлена к подросткам [18].

Поиск помощи выходит за рамки категориальных описаний, имеющих сложные социально-когнитивные факторы [19]. Теоретическим обоснованием роли социальных и когнитивных аспектов обращений подростков с СХ за помощью служит модель М. Chan [20], объясняющая как личность и ситуационные факторы влияют на решение о помощи, как подростки с СХ оценивают выгоды и издержки, физические и личные: время, затраты, зависимость, ущерб самооценке. Учтены социальные влияния, как нормативные убеждения и культурные ожидания, что помогает прогнозу обращения за помощью. Обращение за помощью определено как механизм совладания; потребность в помощи возникает, когда трудности превышают способности и ресурсы.

Личные выгоды и потери при обращении за профессиональной помощью понятны в русле теории социальной идентичности и внутригруппового поведения [21, 22]: подростки прибегают к дезадаптивным способам совладания с дистрессом с намерением сохранить гордость, позитивную самооценку, социальную идентичность и групповую принадлежность.

При поиске психиатрической помощи процесс определён социально-когнитивными, индивидуальными и структурными факторами [14], поскольку психологические проблемы в контексте социальных взаимодействий и культурных обычаев [23].

Самооценка («я») подростка с СХ вытекает из ценностей некой социальной группы («мы»). Поиск помощи станет полезным (возможно, жизненноспасающим) навыком, если не подрывает самобытный личный и общественный образ [20]. Например, селяне опасаются разглашения конфиденциальной информации врачами, и их смущение, аналогично ущербу такому образу.

Пути поиска помощи.

Выделены три «подкатегории» обращения за помощью: в связи с особыми медицинскими нуждами; нормативными потребностями развития и в личном дистрессе [10].

Обращение за медицинской помощью. Эмоциональные и поведенческие проблемы подростков обсуж-

Ways to seek help are a series of “filters” that actually weed out seekers [15]. The first filter is symptom recognition, the second one is a visit to general practitioners, the third one is their solution and / or referral to specialized (psychiatric) services. After deciding to seek outside help, this information ceases to be a “private affair.”

The “staged” model of the seeking help process [16] means that adolescents initially see SH as a real problem that requires assistance, and they are motivated to search and find it [17]. The model is adapted to adolescents [18].

The search for help goes beyond categorical descriptions with complex social and cognitive factors [19]. The theoretical justification for the role of the social and cognitive aspects of SH adolescents seeking help is the M. Chan model [20], that explains how personality and situational factors influence the decision on help, how adolescents with SH evaluate the benefits and costs, both physical and personal: time, costs, addiction, damage to self-esteem. It considers social influences, such as normative beliefs and cultural expectations, which helps the forecast help seeking. Seeking help is defined as a coping mechanism; the need for help arises when difficulties exceed abilities and resources.

Personal gains and losses when seeking professional help are understood in the context of the theory of social identity and in-group behavior [21, 22]: adolescents resort to maladaptive methods of coping with distress with the intention of preserving pride, positive self-esteem, social identity and group affiliation.

In the search for psychiatric care, the process is determined by social-cognitive, individual and structural factors [14], since psychological problems come up in the context of social interactions and cultural customs [23].

Self-esteem (“I”) of a teenager with SH is grounded on the values of a certain social group (“we”). The search for help will become a useful (perhaps life-saving) skill if it does not undermine the original personal and social image [20]. For example, villagers fear the disclosure of confidential information by doctors, and their embarrassment is similar to the damage to such an image.

Ways to seek help. Three “subcategories” of seeking help are distinguished: in connection with special medical needs; regulatory developmental needs and personal distress [10].

Seeking medical help. The emotional and behavioral problems of adolescents are discussed in the context of bodily illness [24].

даются в контексте телесного нездоровья [24].

В популяционных исследованиях 13-25% «проблемных» подростков обращаются к врачам общей практики [25]. Психические проблемы увеличивают обращения в медицинские службы без учёта соматических жалоб. Менее одной трети консультированы врачами общей практики за месяц до суицида по сравнению с 40% взрослых [19].

Неотложная госпитализация в связи с медицинскими последствиями СХ позволяет привлечь их к помощи и предотвратить суицидальное поведение (СП) [26]. Общемедицинские службы логично связаны в той или иной мере с психиатрическими и социальными [27, 28]. Однако систематический обзор показывает обычную неудовлетворённость опытом помощи экстренно госпитализированных после СХ [29].

Современный обзор медицинской документации жертв самоубийств из большой выборки в США показал высокие показатели использования служб здравоохранения [30]. За месяц до смерти половина суицидентов получала медицинскую помощь и 24% психиатрическую. Сходны данные психологической аутопсии [31]. Около 45% жертв суицида контактировали с первичной медицинской помощью за месяц до смерти и один из пяти (19%) – с психиатром. В Канаде 30% жертв суицида ≥ 11 лет обращались в отделения неотложной помощи за месяц до смерти [32].

Усиление поиска помощи – одно из эффективных методов предотвращения самоубийств. Менее трети (30%) китайских селян 15-54 лет искали помощи до суицидальных попыток с медицинскими последствиями, чаще мужчины (OR=1,45), испытывающие неблагоприятные жизненные события (OR=1,12), импульсивные (OR=1,05) с суицидальными намерениями [33].

Полезно понять особенности лиц, совершающих попытки самоубийства, которые не обращаются за помощью до самоубийства.

Обращение за психиатрической помощью.

Распространённость психических расстройств наибольшая среди молодых – 16-24 лет [34], причём в 4-17 лет – 14% [25], у подростков – 16-22% [35].

Уязвимость подростков к психическим расстройствам и СХ усугублена нежеланием профессиональной помощи [36]. Двенадцатимесячная клиническая депрессия, злоупотребление спиртным и СП препятствуют поиску помощи и, напротив, поиск помощи менее активен при утяжелении психического состояния (депрессии), например, отягощённого отчаянием и безнадежностью [37, 38]. Суициденты избегают помощи профессионалов [36, 39, 40, 41]. В суицидальном кризисе сложно решить альтернативные проблемы [42] в связи с когнитивными нарушениями (рассеянности) и «туннельным» суицидальным мышлением, депрессив-

In population studies, 13–25% of “problem” teenagers turn to general practitioners [25]. Mental problems increase calls to medical services without taking into account somatic complaints. Less than one third are consulted by general practitioners a month before suicide, compared with 40% of adults [19].

Emergency hospitalization in connection with the medical consequences of SH allows them to help and prevent suicidal behavior (SB) [26]. General medical services are logically connected one way or another with psychiatric and social ones [27, 28]. However, a systematic review shows the usual dissatisfaction with the experience of helping emergency hospitalized after SH [29].

A modern review of medical records of suicide victims from a large sample in the United States showed high rates of use of general health services [30]. A month before death, half of the suicide attempters received medical care and 24% of them turned to psychiatric care. Psychological autopsy data are similar [31]. About 45% of suicide victims were in contact with primary care a month before death and one in five (19%) had contact with a psychiatrist. In Canada, 30% of victims of suicide who were ≥ 11 years old came to emergency departments a month before death [32].

Strengthening the search for help is one of the effective methods of preventing self-killing. Less than a third (30%) of Chinese villagers aged 15-54 sought help with medical consequences before suicide, more often men (OR=1.45), experiencing adverse life events (OR=1.12), impulsive with suicidal intentions (OR=1.05) [33].

It is helpful to understand the characteristics of individuals attempting suicide who do not seek help before suicide.

Seeking psychiatric help.

The prevalence of mental disorders is greatest among young people aged 16-24 [34], among those aged 4-17 it is 14% [25], and among adolescents it raises to 16-22% [35].

The vulnerability of adolescents to mental disorders and SH is exacerbated by a lack of professional assistance [36]. Twelve-month of clinical depression, alcohol abuse and SB hinder the search for help, and, on the contrary, the search for help is less active under aggravating mental state (depression) accompanied, for example, by despair and hopelessness [37, 38]. Suicide attempters avoid the help of professionals [36, 39, 40, 41]. In a suicidal crisis, it is difficult to solve alternative problems [42] due to cognitive impairment (distraction) and “tunneling” suicidal thinking and depressive “fatigue” [43].

ной «усталостью» [43].

Не более трети подростков с выраженной депрессией или тревогой обращаются за профессиональной помощью [5]. Так, немногим более ¼ (26,6%) лиц с эмоциональными проблемами, пользователей электронной почтой, получили профессиональное лечение в течение жизни в Джакарте (Индонезия) [44], и международные данные сходны при различиях структуры и развитости психиатрической помощи. По онлайн самоотчетам национальной выборки из почти 14000 первокурсников колледжей восьми стран [45], только ¼ искала бы помощь при эмоциональных проблемах. Один из 5-6 подростков в суицидальном кризисе ищет профессиональную помощь [23]. Паттерны малого обращения за специализированной помощью типичны для молодых суицидентов мужского пола. В мета-анализе 20 исследований [46] каждый второй подросток 11-19 лет с СХ избегает профессиональной помощи, незамеченный психиатрическими службами.

В Австралии четверть детей 4-17 лет с диагностированным психическим расстройством получали какую-либо медицинскую помощь за полгода до опроса [25]. Около 30% психически больных австралийцев 16-24 лет её вообще получали [47], а 18 и 23% немецких школьников 12-17 лет с диагностированными тревожными и депрессивными расстройствами соответственно когда-либо наблюдались психиатром [48]. Треть (34%) из более 11000 норвежских школьников 15-16 лет с выраженной депрессией и/или тревогой обратилась за профессиональной помощью в прошлом году [49]. Один из пяти (18%) английских школьников 12-16 лет с СХ искал помощь в связи с тревогой и депрессией у профессионалов (в том числе врача общей практики) [50]. Японские подростки с психотическим опытом и психическим дистрессом в группе риска СП, особо без помощи (40%) [51].

Нежелание обращаться за помощью не ограничено детьми и подростками. Взрослые всех возрастов избегают психиатрическую помощь [52], и та же треть (35%) опрошенных с распространёнными психическими расстройствами обратились к психиатру в предыдущем году [5]. Уровень использования психиатрических служб суицидентами всех возрастов в прошлом году в среднем 30% [53]. При этом СХ и СП – основная причина обращения за экстренной психиатрической помощью детей и подростков [54]. Итак, каждый десятый подросток 12-17 лет совершает СХ, но ≤ ½ обращается за какой-либо помощью [55, 56] до и после эпизода [17].

Препятствия поиска профессиональной помощи многочисленны и взаимосвязаны, пересекаясь и условно делясь на две тематические группы: *межличностные* (касаются связей и общения) и *внут-*

No more than one third of adolescents with severe depression or anxiety seek professional help [5]. For instance, a little more than ¼ (26.6%) of email users with emotional problems received professional treatment during their lives in Jakarta (Indonesia) [44], and international data are similar with differences in the structure and development of psychiatric care. According to an online self-report from a national sample of nearly 14,000 college freshmen from eight countries [45], only ¼ would turn to seeking help with emotional problems. One of 5-6 teenagers in a suicidal crisis is seeking professional help [23]. Low appeal patterns for specialized care are typical of young male suicide attempters. In a meta-analysis of 20 studies [46], every second teenager with SH aged 11-19 years avoids professional assistance and goes unnoticed by psychiatric services.

In Australia, a quarter of 4-17-year-old children diagnosed with mental disorder received any medical care six months before the survey [25]. About 30% of mentally ill Australians aged 16-24 years old received help in general [47], and 18 and 23% of German 12-17-year-old schoolchildren with diagnosed anxiety and depressive disorders have been respectively seen by a psychiatrist [48]. A third (34%) of more than 11,000 Norwegian schoolchildren aged 15-16 with severe depression and / or anxiety sought professional help last year [49]. One out of five (18%) English schoolchildren aged 12-16 with SH sought help among professionals (including general practitioners) when dealing with anxiety and depression [50]. Up to 40% of Japanese adolescents with psychotic experience and mental distress at risk for SB went without help [51].

Unwillingness to seek help is not limited to children and adolescents. Adults of all ages avoid psychiatric care as well [52], and the same one third (35%) of those surveyed with common mental disorders went to a psychiatrist the previous year [5]. The level of use of psychiatric services by suicide attempters of all ages last year averaged 30% [53]. Moreover, SH and SB are the main reason for seeking emergency psychiatric help by children and adolescents [54]. So, every tenth adolescent of 12-17 years old performs SH, but ≤ ½ seek some help [55, 56] before and after the episode [17].

Obstacles to seeking professional help are numerous and interconnected, overlapping and conditionally divided into two thematic groups: *interpersonal* (connected to relations and communication) and *intrapsychic (clinical)* [46]. Most of the barriers of the

рипсихические (клинические) [46]. Большинство барьеров первой группы: определены убеждениями и опасениями подростков негативных последствий раскрытия СХ. Как только принято решение о поиске помощи, барьеры второго рода могут помешать её получению.

В систематическом обзоре [5] 22 количественных и качественных исследований поиска подростками и молодыми психиатрической помощи выделены ключевые темы.

Социальная и воспринимаемая стигма, возможно, наиболее значимый (более 3/4 исследований) порог на пути к психиатрической помощи [5, 36, 46, 57].

Систематический обзор восьми качественных, трёх количественных и двух смешанных исследований расстройств пищевого поведения [58] отметил как заметный предполагаемый барьер поиска помощи стигму и стыд, отрицание тяжести болезни и неспособность её понять, практические барьеры (например, стоимость лечения), низкую мотивацию к изменениям, негативное отношение к обращению за помощью, отсутствие поощрения других и отсутствие знаний о ресурсах помощи.

Большинство смущены и озабочены тем, что другие, в том числе сами профессионалы, думают (действуют) предвзято при обсуждении СХ и СП [44]. Примыкает озабоченность стать обузой близким [59], накладываемое на воспринимаемое бремя [60]. Подростки избегают поиска помощи, не желая причинить боль близким [61]. Осуждение, воспринимаемая стигматизация и обременённость важны в коллективистской культуре, поскольку подростки особо опасаются исключения и отвержения.

Без ясной и непредвзятой информации подростку видятся психические проблемы тайными и постыдными, бесконтрольными, что ведёт к самостигматизации [20]: смущению и страху насмешек, кличек «ищущих внимания» или «сумасшедших».

Родители часто растеряны, не ищут помощи подросткам с СХ и себе из-за стыда и самообвинений [62, 63, 64]. Страдания близких усугублены незнанием, как поддержать и управлять подростком с СХ, они оттягивают поиск помощи, пока чадо не испытает трудности, прямо не связанные с СХ [6]. При нежелании сторонней помощи, родители указывают, что им нужна поддержка для управления поведением (СХ) подростка [63]. Особо высок уровень предполагаемой психиатрической стигмы у селян [65, 66]. Возможно, стигма более «в умах» смущённых подростков с СХ, и речь о самостигматизации или воспринимаемой стигме СХ и СП и / или поиска помощи [65, 67].

Опасения нарушения конфиденциальности и доверия (разглашения информации о СХ) и недоверие в

first group are determined by the beliefs and fears of adolescents of the negative consequences of disclosing SH. As soon as a decision is made to seek assistance, barriers of the second kind can interfere with its receipt.

In a systematic review [5] of 22 quantitative and qualitative research studies on adolescents and young psychiatric care, key topics are highlighted.

Social and perceived stigma is probably the most significant (more than 3/4 of the studies) barrier to psychiatric care [5, 36, 46, 57].

A systematic review of eight qualitative, three quantitative, and two mixed studies of eating disorders [58] noted as significant barriers stigma and shame, denial of the severity of the disease and inability to understand it, as well as some practical barriers (for example, the cost of treatment), low motivation for changes, negative attitude to seeking help, lack of encouragement of others, and lack of knowledge about help resources.

Most are confused and preoccupied with the fact that others, including professionals themselves, think (act) biased when discussing SH and SB [44]. The preoccupation with becoming a burden to loved ones [59] is imposed on the perceived burden [60]. Adolescents avoid seeking help because they do not want to hurt their loved ones [61]. Condemnation, perceived stigmatization and being a burden are important in a collectivist culture, as adolescents are particularly wary of exclusion and rejection.

Without clear and unbiased information, a teenager sees mental problems as secret and shameful, uncontrolled, which leads to self-stigmatization [20]: embarrassment and fear of being laughed upon, being called “seeking attention” or “crazy”.

Parents are also often confused and do not seek help for adolescents with SH because of shame and self-incrimination [62, 63, 64]. The suffering of loved ones is aggravated by ignorance of how to support and manage a teenager with SH, they postpone the search for help until the child experiences difficulties that are not directly related to SH [6]. If external assistance is not desired, parents indicate that they just need support to control the behavior of the adolescent (SH) [63]. The level of alleged psychiatric stigma among the villagers is especially high [65, 66]. Perhaps stigma is more “in the minds” of embarrassed adolescents with SH, and we are talking about self-stigmatization or the perceived stigma of SH and SB and / or seeking help [65, 67].

Fears of violation of confidentiality and trust (disclosure of information about SH) and

отношении потенциального источника помощи [обзоры: 5, 46, 68]. Теме посвящено ½ исследований в обзоре [5].

Малая психиатрическая осведомлённость [5, 36, 65, 69]: непонимание симптомов и недостаток знаний о возможной помощи, ложная информация (мифы). Физическая невозможность «увидеть или потрогать» необычные ощущения ведут к замешательству и страху вместо объяснений и решений. Затягивают начало помощи эмоциональная закрытость, насаждаемый «стоицизм» [69], особо в семьях, где не принято выражать и обсуждать чувства.

Сызмала мать учила его, что выражать вслух на людях глубокое переживание, которое тотчас на вольном воздухе выветривается, линяет и странным образом делается схожим с подобным переживанием другого, – не только вульгарно, но и грех против чувства. *В. Набоков. Подвиг.*

Проблемы интерпретации, управления и передачи информации о стрессе могут привести к тому, что подросток попадает в цикл избегания помощи. Участники опросов в дистрессе меняют оценку вплоть до «нормализации» переживаний. В результате – отрицание проблем или бездействие при их формальном признании [70]. Опрашиваемые затрудняются распознать симптомы депрессии и/или тревоги в более одной трети исследований обзора [5]. Так, 50-60% австралийских подростков правильно определяли симптомы депрессии [47]; 40% японских школьников с СХ ощущали психологический дистресс, но не искали помощи [70], особо одинокие («одиночество – состояние, о котором некому рассказать») и в большей мере, чем страдающие депрессии и тревогой [71]. Пользователи электронной почтой отметили физические и когнитивные симптомы депрессии и сочетание её с тревогой, причём психиатрическая коморбидность увеличивает риск СП [72], что не означало активный поиск лечения [44].

Подростки обычно не накопили знаний и навыков получения советов и поддержки сверстников [12], не разбираясь и в своих переживаниях. Многие не знали, куда обратиться, и что ожидать от помощи [73], при невозможности найти доступную, дружественную [74].

Опрос молодых вскоре после СП [75] показал важность осведомлённости о возможностях скорой помощи. Близкие и друзья важны для поддержки и контакта со службами. Выделены две темы: «потребность в гибкой, доступной медпомощи» и «стремление к независимости и потребности реальной поддержки».

Молодые не видели в враче общей практики помощника при психических расстройствах [76]. Сходны с горожанами опасения селян с беспокойством о недоброжелательном обращении и незнании, где искать помощь [77, 78].

Структурно-функциональные особенности, низкое качество помощи. Воспринимаемая характеристика

mistrust of a potential source of assistance [reviews: 5, 46, 68]. ½ of the studies in the review are on that topic [5].

Low psychiatric awareness [5, 36, 65, 69]: lack of understanding of symptoms and lack of knowledge about possible help, false information (myths). The physical inability to “see or touch” unusual sensations leads to confusion and fear instead of explanations and decisions. The help is delayed by emotional closeness, the enforced “stoicism” [69], especially in families where it is not customary to express and discuss feelings.

From early years the mother taught him that expressing aloud a deep experience in public is not only vulgar, but also is a sin against feeling, as it immediately wears out in free air, molts and strangely becomes similar to that of another. *V. Nabokov. The Feat.*

Problems in interpreting, managing, and communicating stress information can lead the teenager to fall into the avoidance cycle. Survey participants in distress change their assessment up to the “normalization” of experiences. As a result, there comes up denial of problems or inaction with their formal recognition [70]. Interviewees find it difficult to recognize the symptoms of depression and / or anxiety in more than one third of the survey studies [5]. Thus, 50-60% of Australian adolescents correctly identified the symptoms of depression [47]; 40% of Japanese schoolchildren with SH felt psychological distress, but did not seek help [70], especially those lonely (“loneliness is a condition that no one can talk about”) and more so than those suffering from depression and anxiety [71]. Email users noted the physical and cognitive symptoms of depression and its combination with anxiety, and psychiatric comorbidity increases the risk of SB [72], which did not mean an active search for treatment [44].

Adolescents usually did not accumulate knowledge and skills in obtaining advice and peer support [12], didn't try to understand their experiences. Many did not know where to turn and what to expect from help [73], when it was impossible to find affordable, friendly attitude [74].

A survey of young people shortly after SB [75] showed the importance of awareness of the possibilities of first aid. Relatives and friends are important for support and contact with services. Two topics are identified: “the need for flexible, affordable medical care” and “the desire for independence and the need for real support”.

Young people did not see assistance for mental disorders in a general practitioner [76]. Similar to the townspeople are the fears and concern of the villagers about ill-treatment

(авторитет) потенциального «поставщика психических услуг», профессионального помощника (врача общей практики, психиатра), способность скоро и действенно помочь [5, 44]. Значимы раса, пол, возраст (доверие молодому), способность «быстро» помочь, отзыв сверстников. Возможен активный негатив («грубый парень»), двойные роли («трудно разговаривать с кем-то, когда думаете о нём как о защитнике школьных правил»), осуждающее отношение или однобокость («не видят обеих сторон»), бесполезные ответы («раздувают это»), отсутствие связи («не знают о бандах» и ПАВ), психологически недоступны («нельзя поговорить») и занятость («чтобы иметь дело с каждым») [5]. Молодые ищут подлинной заботы и избегают помощи «равнодушного» профессионала [79].

Вопреки рекомендациям Национального института здравоохранения и медицинской помощи (NICE) по лечению самоповреждений в общих больницах [80], недовольство пациентов распространено: профессионалы не понимают, относятся небрежно и неуважительно, плохо обращаются и неловко привлекают к лечению. Соответственно, работники отделений неотложной помощи сообщают о негативном отношении к СХ, проявляемом раздражением, гневом и разочарованием [81, 82]. Попытки контроля, усиленного мониторинга и дисциплинарных мер воспринимаются подростками и молодыми бесполезными и ведут к хронификации цикла СХ [64, 83].

Сорок лет назад сотрудники неких отделений экстренной помощи называли пациентов с СХ «мусором» [84], нарушившими неписаные правила взаимодействия с медицинскими службами и ищущими «незаконной» роли больного. Немногие исследования подтверждают негативное и порой «карательное» отношение персонала общих больниц к пациентам с СХ. В систематическом обзоре 74 качественных и количественных исследований [81] отношения к СХ персонала больниц общего профиля, особо врачей – зеркальное отражение позиции пациентов с СХ; «хуже» только к зависимым от ПАВ. У психиатрического персонала более взвешенная (понимающая) позиция.

Современные юные пациенты отделения неотложной помощи на дискуссионном форуме [85] оценили «не заслуживающими внимания»; случайное слово или жест персонала легко на фоне эмоционального дистресса истолкованы как враждебные, подтверждающие и усугубляющие самооценку жалкой себя «мусорной» бесполезности в ловушке отрицательной спирали. Так, предложение отлежаться «в укромном месте» воспринимается унижающим. Негативные эмоции усиливают, по мнению подростков с СХ, карательное стигматизирующее поведение, бесчувствия персонала, ведущих в ловушку порочного круга стыда, избегания и повтор-

and ignorance on where to seek help [77, 78].

Structural and functional features, low quality of care. Here go the perceived characteristics (authority) of the potential “provider of mental services”, a professional assistant (general practitioner, psychiatrist), the ability to quickly and effectively help [5, 44]. What matter are race, gender, age (trust in the young), ability to “quickly” help, peer review. Possible problems are active negativity (“rude guy”), dual roles (“it’s hard to talk with someone when you think of them as an advocate of school rules”), condemning attitudes or one-sidedness (“don’t see both sides”), useless answers (“inflate this”), lack of communication (“know nothing about gangs” and surfactants), psychologically inaccessible (“you can’t share”) and being busy (“to deal with everyone”) [5]. Young people seek for genuine care and avoid help from an “indifferent” professional [79].

Contrary to the recommendations of the National Institute of Health and Medical Care (NICE) on the treatment of self-harm in general hospitals [80], patient dissatisfaction is widespread: professionals do not understand, are careless and disrespectful, mistreat, and embarrassingly attract to treatment. Accordingly, emergency department employees report a negative attitude towards SH, manifested by irritation, anger, and frustration [81, 82]. Attempts to control, strengthen monitoring and disciplinary measures are perceived by adolescents and young people as useless and lead to a chronicization of the SH cycle [64, 83].

Forty years ago, employees of certain emergency departments called patients with SH “garbage” [84], as they violated unwritten rules of interaction with medical services and were looking for the “illegal” role of the patient. Few studies confirm the negative and sometimes “punitive” attitude of general hospital staff towards patients with SH. In a systematic review of 74 qualitative and quantitative studies [81], the attitude to SH of the staff in general hospitals, especially doctors, is a mirror image of the position of patients with SH; attitude is “worse” only to those surfactants addicted. Psychiatric staff have a more balanced (understanding) position.

Modern young patients at the discussion forum [85] rated the emergency department as “not worthy of attention”; in the emotional distress, a random word or gesture of staff is easily interpreted as hostile, confirming and exacerbating the self-esteem of a miserable “garbage” worthlessness trapped in a negative spiral. Thus, the proposal to lie down “in a

ного СХ [64, 83].

Вторичный анализ качественных данных изучил позицию 31 молодых 16-25 лет участников онлайн дискуссионного форума с опытом СХ [85]. Они избегали неотложной помощи, основываясь на неудовлетворительном опыте. Принуждение к помощи восприняли как унижение. Положительная оценка гипотетического «обычного лечения»: недискриминационной помощи с добротой, которая бросала вызов отрицательной самооценке и разрывала цикл СХ. Курация школьных медсестёр дважды в неделю японских подростков с СХ не означает доверительного контакта: лишь 10% делится психологическим дистрессом [71].

Малая доступность (например, географические факторы, временные и материальные затраты) помощи. Подростки-селяне с СХ реже пользуются медицинскими услугами по сравнению со сверстниками - горожанами [77, 78, 86]. В сельской местности мало специалистов.

Систематический обзор и мета-этнография международных качественных анализов показали, что предупреждение СП и СХ подростков не приоритетны в школах [87]. Преподаватели нередко чувствуют себя неподготовленными для управления СХ их подопечных [88, 89] в атмосфере страха иерархической школьной структуры, что часто ведёт к нарастанию «случаев» и попытках найти «опыт» из внешнего источника [88]. В систематическом обзоре [68] в 10 из 14 статей сообщено о влиянии СХ подростков и молодых 12-28 лет на родителей при несоответствии их позиций и предпочтений.

Обращение за помощью в суицидальном кризисе осложнено сочетанием психиатрических и социальных (микросоциальных) проблем. Само обращение за неотложной помощью может вызвать дополнительный дистресс [90] особо при отсутствии возраст специфических услуг, ждут информации и сочувствия, а опросы воспринимают как негативные [91]. Пожизненная и 12-месячная распространенность СХ выше при полной школьной занятости.

Денежные затруднения не исчерпаны незнанием, что медицинское страхование охватывает (кое-где) психиатрию [44].

Культурный контекст объясняет неуместность поиска профессиональной помощи [92, 93, 94].

Католические подходы помощи в молитве и исповеди поощряют стоицизм; в традиционной семье не знают, как иметь дело с психическим недугом [94].

Однако,

Сеть и СХ. Подростки, обращающиеся к интернету в связи с СХ, могут отговаривать от помощи других пользователей [94, 95, 96] при обмене опытом. Сеть чаще использована для самораскрытия, а не поиска

secluded place” is perceived as degrading. Negative emotions reinforce, according to adolescents with SH, punitive stigmatizing behavior, insensitivity of staff, trapping a vicious circle of shame, avoidance and repeated SH [64, 83].

A secondary analysis of qualitative data examined the position of 31 young 16–25 years old participants in an online discussion forum with SH experience [85]. They avoided emergency care based on unsatisfactory experience. Coercion to help was perceived as humiliation. There is a positive assessment of the hypothetical “conventional treatment”: non-discriminatory care with kindness defies negative self-esteem and breaks the cycle of SH. Supervising school nurses twice a week in Japanese adolescents with SH does not mean trusting contact: only 10% share psychological distress [71].

Low availability (for example, geographical factors, time and material costs) of assistance. Adolescent villagers with SH are less likely to use medical services than peers in townships [77, 78, 86]. In rural areas there are fewer specialists.

A systematic review and meta-ethnography of international qualitative analyzes showed that prevention of SB and SH in adolescents is not a priority in schools [87]. Teachers often feel unprepared to manage their students’ SH [88, 89] in an atmosphere of fear of a hierarchical school structure, which often leads to an increase in “cases” and attempts to find “experience” from an external source [88]. In a systematic review [68], 10 out of 14 articles reported on the effect of SH in adolescents and young people aged 12–28 on parents when their positions and preferences did not match.

Seeking help in a suicidal crisis is complicated by a combination of psychiatric and social (microsocial) problems. The very request for emergency care can cause additional distress [90] especially in the absence of age-specific services, they are waiting for information and sympathy, and questions are perceived as negative [91]. Lifetime and 12-month prevalence of SH is higher at full school attendance.

Monetary difficulties are not limited by the ignorance that medical insurance covers (sometimes) psychiatry [44].

The cultural context explains the inappropriateness of seeking professional help [92, 93, 94].

Catholic approaches to helping with prayer and confession encourage stoicism; in a traditional family they don’t know how to deal with a mental illness [94].

помощи [46]. Показана связь СХ с СХ сверстника [97]. Киберхондрия способствует ложным ориентирам получения помощи.

Отрицательный («бесполезный», «вредный») опыт помощи [85, 36, 98].

Подростки боятся не только огласки, но и самого психиатрического лечения и склонны длить страдания, чем стать «зависимыми» от помощи [20, 36], особо при исключении из обсуждения вариантов лечения. «Пользователи услуг» подчеркивают отрицательный опыт лечения, обусловленный неблагоприятным отношением персонала при незнании СХ. Так, персонал мало уделяет им время и не развеивает опасения разглашения откровений.

Интрапсихические (демографические, клинические) аспекты.

Систематический обзор качественных и количественных исследований [99] показал, как соответствие мужским гендерным нормам сдерживает поиск помощи, влияя на выражение и управление психическими симптомами. Так, доминирующая мужская идентичность (семейный идеал мачо) отвергает поиск помощи как знак «слабой женственности» [100].

Систематический обзор и мета-синтез 34 качественных исследований [101] отметил риск несвоевременного выявления и недолечения «мужской депрессии» в связи с атипичными симптомами как раздражительности, агрессии, злоупотребления ПАВ и рискованного поведения и уклонения от помощи при отрицании «слабости» и «закрытии» проблемы. Традиционные ценности пола служат и посредниками в адаптивных стратегиях совладания с депрессией мужчинами [101].

Расчет на свои силы. Предпочтение подростков с / без СХ самостоятельности распространяются на выбор самопомощи в дистрессе [5, 36, 102]. Трое из четырёх первокурсников пытались бы решить эмоциональную проблему самостоятельно (56%), 1/2 (48%) – поговорить с друзьями или родственниками [45], но не с профессионалами. Группы сверстников ценят полагаться на себя, и это может перевесить личные склонности к поиску профессиональной помощи [103]. Поиск поддержки сверстников отражает представление, что родители их не понимают и не способны помочь [104]. Действительно, некоторые семьи и друзья вносят свой вклад в СХ и СП подростка [7, 71].

Мужские нормы (см. выше) личной независимости могут мешать мальчикам обращаться за помощью. Старшие подростки-девочки чаще выделяют друзей и специалистов как вероятных источников помощи их лично-эмоциональных проблем с меньшей зависимостью от семьи [12]. Юноши-школьники с депрессией и СП вероятнее придерживаются стратегии избегания,

However,

The Net and SH. Adolescents who access the Internet in connection with SH can discourage other users from helping [94, 95, 96] when exchanging experiences. The network is often used for self-disclosure, rather than seeking help [46]. The relationship of SH with SH of peers was shown [97]. Cyberchondria contributes to false guidelines for getting help.

Negative (“useless”, “harmful”) experience of assistance [85, 36, 98].

Teenagers are afraid of not only publicity, but also of psychiatric treatment itself and tend to prolong their suffering to avoid becoming “addicted” to help [20, 36], especially if treatment options are excluded from the discussion. “Users of services” emphasize the negative experience of treatment, due to the undesirable attitude of the staff when they do not know SH. For instance, the staff pay little attention to them and do not dispel the fears of the disclosure of revelations.

Intrapsychic (demographic, clinical) aspects.

A systematic review of qualitative and quantitative studies [99] showed how compliance with male gender norms hinders the search for help, affecting the expression and management of mental symptoms. Thus, the dominant male identity (the macho family ideal) rejects the search for help as a sign of “weak femininity” [100].

A systematic review and meta-synthesis of 34 qualitative studies [101] noted the risk of untimely detection and treatment of “male depression” due to atypical symptoms such as irritability, aggression, substance abuse and risky behavior and avoidance of assistance in denying “weakness” and “closing” the problem. The traditional values of gender also serve as intermediaries in adaptive coping strategies with depression by men [101].

Self-reliance. The preference of independence by adolescents with / without SH extends to the choice of self-help in distress [5, 36, 102]. Three out of four freshmen would try to solve an emotional problem on their own (56%), 1/2 (48%) would agree to talk with friends or relatives [45], but not with professionals. Peer groups value relying on themselves, and this may outweigh their personal inclinations to seek professional help [103]. The search for peer support reflects the idea that their parents do not understand and are not able to help [104]. Indeed, some families and friends contribute to the adolescent’s SH and SB [7, 71].

Male norms (see above) of personal independence can prevent boys from seeking help. Older adolescent girls more often distin-

как утаивание от других [105]. Мальчики вероятнее связывали с СП с неблагоприятным жизненным опытом, а не с психическим расстройством [106]. Такая позиция отторгала от профессиональной помощи, коли проблемы виделись незначительными и преходящими [107].

Обычные способы самолечения психических проблем приемлемы и совместимы с мужской индивидуальностью и групповыми ценностями [69] в среде поощрения мужского идеала самостоятельности и отрицания эмоций. СХ представляет альтернативу эскапизму (бегству от действительности вплоть до СП), отвлечению через ПАВ (спиртное), компьютерных могут помешать мальчикам обращаться за помощью. Предпочтения в поиске помощи молодёжи были рассмотрены в отношении: источника помощи (то есть неформальной: семья и друзья или официальная: медицинские работники), типа проблемы и времени. Опросы старшеклассников показывают, что тенденции развития у мальчиков и девочек различаются. То есть в старшей школе девочки всё чаще определяют своих друзей и специалистов в качестве вероятных источников помощи в решении их личностно-эмоциональных проблем с меньшей зависимостью от семьи. Хотя мальчики также сообщают о том, что меньше разыскивают членов семьи, они не дают компенсацию друзьям или профессионалам.

Личные убеждения, усвоенные гендерные роли, навыки совладания с трудностями, самоэффективность и воспринимаемая стигма взаимодействуют со структурными факторами, как медицинские и социальные службы, доступность помощи [2].

Взаимодействие подростков с харизматичными «настоящими мужиками» (возможно, из виртуального поля) может способствовать особому восприятию угроз, потерь и боли и дезадаптивному опыту совладания с типовыми жизненными трудностями.

Так, этапная теория развития романтических отношений у подростков подчёркивает пост-отношения как особо уязвимое время для подросткового возраста [108]. Романтические отношения составляют почти 10% консультаций подростков [109] в том числе, с СП и/или СХ.

Облегчающие, способствующие поиску помощи факторы – зеркальное отражение факторов риска избегания помощи. Типовые посредники («фасилитаторы») в поиске помощи: осведомлённость о психических расстройствах (возможность распознавать и описывать симптомы) и психиатрическими и/или медперсоналом [5, 36, 110].

Подростки ждут гарантий конфиденциальности, уважения и достоинства личности, участия в выборе хорошо переносимого и эффективного лечения; посе-

guish friends and specialists as probable sources of help for their personal and emotional problems with less dependence on the family [12]. Young schoolchildren with depression and SB are more likely to adhere to the avoidance strategy, like concealment from others [105]. Boys were more likely associated with SB with an unfavorable life experience, and not with a mental disorder [106]. This position hindered professional assistance, since the problems were seen to be insignificant and transient [107].

The usual methods of self-treatment of mental problems are acceptable and compatible with the male personality and group values [69] in the midst of promoting the male ideal of independence and negating emotions. SH is an alternative to escapism (escaping from reality right up to SB), distraction through surfactants (alcohol), and computer games can prevent boys from seeking help. Preferences in seeking help by young people were considered in relation to: the source of help (i.e. informal – family and friends, or official – health workers), type of problem and time. Surveys of high school students show that development trends differ for boys and girls. That is, high school girls increasingly identify their friends and specialists as probable sources of help in solving their personal and emotional problems with less dependence on the family. Although boys also report less family members, they do not compensate for friends or professionals.

Personal beliefs, acquired gender roles, coping skills, self-efficacy and perceived stigma interact with structural factors like medical and social services, access to care [2].

The interaction of adolescents with the charismatic “real men” (perhaps from a virtual field) can contribute to a special perception of threats, losses and pain, and a destructive experience of coping with typical life difficulties.

Thus, the staged theory of the development of romantic relationships in adolescents emphasizes post-relationships as a particularly vulnerable time for adolescence [108]. Romantic relationships account for almost 10% of adolescent consultations [109] including on SB and / or SH.

Alleviating factors facilitating search are a mirror image of risk factors for avoiding help. Typical mediators (“facilitators”) in seeking help are awareness of mental disorders (the ability to recognize and describe symptoms) and psychiatric and / or medical staff [5, 36, 110].

Teenagers are waiting for guarantees of confidentiality, respect and dignity of the per-

щений в больнице близких (и адвоката), доверительных советчиков [36, 73], возможно, сверстника из своей среды. Ободряет благоприятный опыт помощи [111, 112], и сторонний тоже. Подростки 12-17 лет и молодые до 26 лет с СХ и психиатрическими симптомами охотнее и скорее ищут советов и поддержки близких и/или сверстников, чем профессиональную помощь: интернистов и психиатров [46, 113, 114, 115], в связи с возрастной потребностью независимости от старших [104].

Большинство австралийских подростков определили по описаниям случаев депрессию и зависимость от ПАВ как требующие профессиональной помощи, но посоветуют больным сверстникам обратиться сперва к семье (20-30% – к профессионалу); при этом лишь половина обратится к специалисту, если обнаружит симптомы у себя [47].

Девушки более склонны облегчать поиск сверстниками профессиональной психиатрической помощи [116]. Родители не забыты как основные помощники в поиске профессиональной помощи подростков с СХ [6, 70, 88, 104], особо для его ускорения [117]. Понимание родителей СХ влияет на стратегии управления поведением подростка [118]. Например, приписывание СХ стадии развития («переходному возрасту») и / или психическому недугу способствует полезным приемам воспитания. Объяснение СХ как бунт против дисциплины ведёт к контрпродуктивным реакциям: пренебрежительному разъединению и усилению контроля (гиперопеке).

Менее 15% школьников при малой семейной поддержке склонны искать помощь как при эмоционально-поведенческих проблемах у учителя (около 30%) или консультанта, не всегда подготовленного [119]. Подростки указали, что родителям полезно улучшить отношения с учителями [120]. Родители и учителя в идеале помогают подросткам решать проблемы, направляют к профессионалам (психологам и психиатрам), уменьшают стигму, улучшают семейный контекст (сглаживая конфликт, увеличивают активность, укрепляют связи) и снижают учебный дистресс [120].

Позитивное обращение персонала даёт надежду освободиться из порочного круга СХ [85]. Подросткам с СХ необходимы доверительные отношения с предлагающими помощь [36, 100]. «Триалог» подростков, их родителей и профессионалов служит защитной функцией здоровья первых [121], а, возможно, также вторых и третьих. Сводные сведения приведены в таблице 1.

Изменчивые поведенческие, а не структурно-функциональные барьеры служб служат важнейшими причинами колебаний и уклонения от помощи. Помочь во время психосоциального кризиса подростка – поощрять поиск помощи.

son, participation in choosing a well-tolerated and effective treatment; visits to a hospital by relatives (and a lawyer), trusted advisers [36, 73], possibly a peer from their own environment. Favorable experience of assistance, even by third-party, also encourages [111, 112]. Adolescents aged 12-17 and young people under 26 with SH and psychiatric symptoms are more willing and more likely to seek advice and support from relatives and / or peers than professional help: internists and psychiatrists [46, 113, 114, 115], in connection with increased need for independence from elders [104].

Most Australian adolescents have identified depression and surfactants addiction from the case reports as requiring professional assistance, but they will advise sick peers to turn to their family first (20-30% advise to turn to a professional); however, only half will contact a specialist themselves if they discover to have such symptoms [47].

Girls are more likely to facilitate the search professional psychiatric care for peers [116]. Parents are not forgotten as the main helpers in the search for professional help for adolescents with SH [6, 70, 88, 104], especially to accelerate it [117]. Understanding of SH by parents affects adolescent behavior management strategies [118]. For example, attributing SH to a stage of development (“transitional age”) and / or mental illness contributes to useful upbringing techniques. Explaining SH as a rebellion against discipline leads to counterproductive reactions: neglect of separation and increased control (hyper-custody).

Like with emotional-behavioral problems less than 15% of schoolchildren with little family support tend to seek help from a teacher (about 30%) or a consultant who is not always trained [119]. Adolescents indicated that it is helpful for parents to improve their relationships with teachers [120]. Parents and teachers ideally help adolescents solve problems, refer to professionals (psychologists and psychiatrists), reduce stigma, improve the family context (smoothing out conflict, increase activity, strengthen communication) and reduce educational distress [120].

The positive appeal of the staff gives hope to free oneself from the vicious circle of SH [85]. Adolescents with SH need a trusting relationship with those offering help [36, 100]. The “trialogue” of adolescents, their parents and professionals serves as a protective function of the health of the first [121], and possibly also of the second and third. Summarized data is given in table. 1.

Таблица 1 / Table 1

Препятствия и облегчающие факторы поиска помощи подросткам с СХ [цит. по 5, 46, изм, доп.]
 Barriers and facilitating factors in seeking care by adolescents with SH [cit. 5, 46, rev, add.].

Препятствия поиска помощи / Barriers to seeking help		
Межличностные барьеры / Interpersonal barriers		
<p>Окружающие не понимают поведения подростка с СХ. Малая осведомлённость о кризисе, психических расстройствах (их симптомах), СП и СХ. Others do not understand the behavior of a teenager with SH. Low awareness of the crisis, mental disorders (their symptoms), SB and SH.</p>	<p>Опасения стигматизации, нарушения конфиденциальности, негативной реакции при открытии факта СХ. Самостигматизация. Страх гомофобии персонала (геями), психотропных препаратов. Fears of stigmatization, breach of confidentiality, negative reaction when discovering the fact of SH. Self-stigmatization. Fear of homophobia of staff (gays), psychotropic drugs.</p>	<p>Боязнь быть причисленным окружающими (сверстниками) как «вымогающий внимания». Fear of being classified by others (peers) as “extorting attention”.</p>
<p>Неопределённость возможности помощи старшими (родители, учителя). Uncertainty of the possibility of help by the adults (parents, teachers).</p>	<p>Незнание, где искать помощь. Ignorance of where to seek help from.</p>	<p>Опасения расходов, дальнейшей дороги и изоляции от дома (селяне), чужого языка (нацменьшинства). Fears of expenses, long journeys and isolation from home (villagers), a foreign language (national minorities)</p>
Структурно-функциональные характеристики помощи Structural and functional characteristics of assistance		
<p>Недоступность, недифференцированность, негибкость, разобщённость помощи. Inaccessibility, indifference, inflexibility, disunity of assistance.</p>	<p>Малая доступность (особо в сельской местности). Дороговизна безальтернативного лечения. Low availability (especially in rural areas). The high cost of non-alternative treatment.</p>	<p>Недоброжелательное, злонамеренное, корыстное отношение неподготовленного персонала. Unfriendly, malicious, mercenary attitude of untrained personnel.</p>
Внутренние (лично-психические) барьеры Internal (personality-psychological) barriers		
<p>Депрессия, тревога и СП (мысли). Негативное отношение к обращению за любой помощью. Безнадёжность в отношении лечения. Depression, anxiety and SB (thoughts). Negative attitude to contacting for any help. Hopelessness regarding treatment.</p>	<p>Не критичность. Минимизация проблемы СХ. Non criticality. Diminishing the problem of SH.</p>	<p>Представление, что можно или нужно справляться с проблемой в одиночку. The idea that you can or should deal with the problem on your own.</p>
Облегчающие поиск помощи факторы / Factors Facilitating Seeking Help		
<p>Положительный опыт помощи, личный или у сверстника. Доступность помощи (близость от дома, онлайн услуги). Positive experience of getting help, personal or from peers. Accessibility of assistance (proximity to home, online services).</p>	<p>Социальная поддержка. Social support.</p>	<p>Поддержка окружающих в поиске помощи (духовника, врача общей практики). Support by others in finding help (confessor, general practitioner).</p>
<p>Конфиденциальность (анонимность) помощи и доверие к помощи (помощнику). Confidentiality (anonymity) of assistance and trust to assistance (assistant).</p>	<p>Восприятие серьёзности проблемы. Perception of the problem as severe.</p>	<p>Лёгкость выражения эмоций и открытость. Ease of expression of emotions and openness.</p>
<p>Эмпатическая связь с персоналом («привратниками»). Empathic connection with the staff ("gatekeepers").</p>	<p>Обучение и осведомлённость. Training and awareness.</p>	<p>Бесплатность (включение помощи в страховую корзину). Free assistance (inclusion of assistance in the insurance basket)</p>

Важно снизить барьеры поиска лечения несовершеннолетних с СХ, чтобы сделать неотложное лечение доступным.

Ограничения исследований. Оценки обращения за помощью различны: от вопросов «спрашиваете ли в настоящее время кого-либо, чтобы обсудить психологический стресс?» до списка источников помощи [46]. Так, намерения поиска психиатрической помощи показана General Help Seeking Questionnaire-Vignette (GHSQ-V) [122].

Содействие обращению за помощью сверстника оценено модифицированной для подростка версией. Без согласованного определения обращения за помощью неясно, когда подростки внутренне мотивированы к обращению или действовали по указке взрослого (значимого лица). Информация основана на самоотчетах, что ведёт к потенциальной систематической ошибке.

Образцы обращения за помощью подростков отличены при суицидальных и несуйцидальных СХ (нСХ), до и после эпизода СХ, строго (возможно ли?) не разделённых. При их объединении обычно упущены важные смежные вопросы, как метод самоповреждения, медицинские последствия. Например, нСХ, приводящее к незначительному повреждению кожи (царапинам), не требует медицинской помощи, в отличие от комы вслед передозировке снотворных.

Основные барьеры выявлены качественными (чаще) и количественными анализами подростков и / или их близких. Ранние обзоры сосредоточены на количественных перекрестных корреляционных исследованиях (связь измеряемого препятствия и намерения обратиться за помощью) с недооценкой возможностей качественных и сочетанных анализов.

Качественное исследование – по сути, субъективный процесс, где проявлены скрытые предубеждения ведущего или единственного исследователя, кодирующего предвзято ранжирующего барьеры и «фасилитаторы». Рассматриваются только предполагаемые препятствия и посредники в поисках помощи, о которых сообщают подростки, учитывая, что они могут не знать о всех факторах влияния.

Сомнительна точность оценки грамотности в области психического здоровья, и следует разработать психометрические устойчивые оценки компонентов конструкции, включающей распознавание проблем, знания и убеждения о психических расстройствах, которые помогают их лечению или профилактике [123, 124].

Статьи, составляющие систематические обзоры, сугубо на английском языке, малочисленны и неоднородны; объёмы выборок от трёх (качественные анализы) до 30000. В исследованиях поиска помощи подростками внимание специализированным службам в ущерб общемедицинским и суицидологическим, альтернативных психиатрическим «фильтрам». Результаты исследований могут быть не распространяемы на другие страны (регионы) при определённых параллелях

Volatile behavioral rather than structurally functional service barriers are critical causes of hesitation and avoidance of care. To help a teenager amidst the psychosocial crisis is to encourage the search for help. It is important to lower the barriers to seeking treatment for minors with SH in order to make emergency treatment available.

Research limitations. The ratings for seeking help are different: from the questions, “Are you currently looking for anyone to discuss psychological stress?” to providing a list of sources of help [46]. Thus, the intentions of seeking psychiatric care are shown by the General Help Seeking Questionnaire-Vignette (GHSQ-V) [122].

Facilitating the application for peer help was rated in a teenager modified version. Without an agreed definition of seeking help, it is unclear when adolescents are internally motivated to appeal or act on the orders of an adult (significant other). The information is based on self-reports, which leads to a potential systematic error.

Samples of seeking help from adolescents are different for suicidal and non-suicidal SH (nSH), before and after an episode of SH, not strictly separated (is it possible?). When combining them, important related issues are usually overlooked, such as the method of self-harm, medical consequences. For example, nSH, which leads to minor skin damage (scratches), does not require medical attention, unlike coma after an overdose of sleeping pills.

The main barriers were identified by qualitative (more often) and quantitative analyzes of adolescents and / or their relatives. Early reviews focused on quantitative cross-correlation studies (the relationship of the measured obstacle and the intention to seek help) with an underestimation of the possibilities of qualitative and combined analyzes.

Qualitative research is essentially a subjective process, where latent prejudices of the leading or the only researcher coding for biased ranking barriers and “facilitators” are revealed. Only the alleged barriers and mediators in seeking help reported by adolescents are considered, given that they may not be aware of all the factors of influence.

The accuracy of mental health literacy assessments is questionable, and psychometric robust assessments of structural components should be developed, including recognition of problems, knowledge, and beliefs about mental disorders that help treat or prevent them [123, 124].

Articles constituting systematic reviews, purely in English, are small and heterogeneous; sample sizes range from three (qualitative analyzes) to 30,000. In adolescent assistance search research, attention is paid to special-

с другими контекстами.

При одномоментном (поперечном) опросе участники сообщают только о случаях обращения за помощью, на что может влиять предвзятость отзыва или социальная желательность.

Для определения влияния установок и намерений на поведение подростков в будущем, нужны продольные наблюдения. Пол влияет на намерения подростка обращаться за помощью сверстников, как подростки реагируют на реальные жизненные ситуации. Действительно [цит. по 47], австралийские подростки менее правильно определяют депрессию при использовании более натуралистической формы представления (фильма).

Данный обзор в форме повествовательного обобщения не следует трактовать как систематическое представление фактических данных.

Выводы: поиск помощи подростками в связи с распространёнными в этом возрасте СХ – стадийный процесс, включающий ряд функциональных и организационных фильтров. Меньшая (с наиболее выраженными СХ и тяжёлыми медицинскими последствиями) часть нуждающихся получают психиатрическую (антикризисную) помощь. Для привлечения подростков к помощи важно активизировать неформальные ресурсы поддержки и преобразовать типовые профессиональные службы в возраст-специфические, обращённые к эластическим потребностям подростков и их близких, согласно современной матрицы психиатрической помощи, ориентированной на психосоциальное выздоровление. При большом притоке пациентов следует ожидать увеличение нагрузки на типовые службы («их затопления») и службы нового типа при обязательном целевом обучении персонала и «привратников» (см. часть II Обзора).

ized services to the detriment of general medical and suicidological alternatives to psychiatric “filters”.

Research results may not be applicable to other countries (regions) under certain parallels with other contexts.

In a one-time (transverse) survey, participants report only cases of seeking help, which can be affected by the bias of the recall or social desirability.

To determine the effect of attitudes and intentions on adolescent behavior in the future, longitudinal observations are needed. Gender influences a teenager’s intentions to seek peer help as well as how teenagers respond to real-life situations. Indeed [cit. 47], Australian teens are less likely to define depression when using a more naturalistic form of presentation (film).

This review in the form of a narrative generalization should not be interpreted as a systematic presentation of evidence.

Conclusions: the search for help by adolescents in connection with SH, common at this age, is a staged process that includes a number of functional and organizational filters. A smaller (with the most pronounced SH and severe medical consequences) part of those in need receive psychiatric (anti-crisis) assistance. To attract adolescents to help, it is important to activate informal support resources and transform typical professional services into age-specific ones that address the elastic needs of adolescents and their loved ones, according to the modern psychiatric care matrix focused on psychosocial recovery. With a greater influx of patients, we should expect an increase in the load on standard services (“their flooding”) and services of a new type with the indispensable targeted training of staff and gatekeepers (see part II of the Review).

Литература / References:

- Любов Е.Б., Петухов В.В. Клинико-социальная характеристика суицидентов, обратившихся в институтскую клинику. *Российский психиатрический журнал*. 2020. 1: 21-26.
- Barker G., Olukoja A., Aggleton P. Young people, social support and help-seeking. *Int J Adolesc Med Health*. 2005; 17 (4): 315-335.
- Del Mauro J.M., Jackson W.D. Children and Adolescents’ Attitudes Toward Seeking Help From Professional Mental Health Providers. *Int J Adv Counselling*. 2012; 35 (2): 120–138.
- Hunt J., Eisenberg D. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *J Adolesc Health*. 2010; 46 (1): 3-10.
- Gulliver A., Griffiths K.M., Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010; 10: 113–121.
- Berger E., Hasking P., Martin G. Adolescents’ perspectives of youth non-suicidal self-injury prevention. *Youth Soc*. 2017; 49: 3-22.
- Hawton K., Saunders K.E., O’Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012; 379: 2373-2382.
- Madge N., Hewitt A., Hawton K., et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49: 667–677.
- Townsend E. Self-harm in young people. *Evid Based Ment Health*. 2014; 17 (4): 97-99.
- Barker G. Adolescents, social support and help-seeking behaviour: an international literature review and programme consultation with recommendations for action. Geneva: WHO, 2007.
- Carlisle J., Shickle D., Cork M., McDonagh A. Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration. *J Med Ethics*. 2006; 32 (3): 133-137.
- Rickwood D., Deane F.P., Wilson C.J., Ciarrochi J.V. Young people’s help-seeking for mental health problems. *Aust E J Adv Ment Health*. 2005; 4 (3 Suppl): 1–34.
- Unrau Y.A., Grinnell R.M. Exploring out of-home placement as a moderator of help-seeking behavior among adolescents who are high risk. *Res Soc Work Pract*. 2005; 15 (6): 516–530.
- Cornally N., McCarthy G. Help-seeking behaviour: A concept analysis. *Int J Nurs Practice*. 2011; 17: 280–288.
- Goldberg D., Goodyear I. *The origins and course of common mental disorders*. London and New-York, Routledge; 2005.
- Murray C. Young people’s help-seeking - An alternative model. *Childhood*. 2005; 12 (4): 479–494.

17. Fortune S., Sinclair J., Hawton K. Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*. 2008; 8: 369.
18. Zwaanswijk M., van der EJ, Verhaak P.F., et al. Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42: 692–700.
19. Biddle L., Gunnell D., Sharp D., Donovan J.L. *Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: A cross-sectional survey*. Br J Gen Practice. 2004; 54: 248–253.
20. Chan M.E. Antecedents of instrumental interpersonal help-seeking: An integrative review. *Applied Psychology*. 2013; 62: 571–596.
21. Hogg M.A., Turner J.C. Intergroup behaviour, self-stereotyping and the salience of social categories. *Br J Soc Psychology*. 1987; 26: 325–240.
22. Tajfel H., Turner J.C. The social identity theory of intergroup behavior. Jost J.T., Sidanius J., eds. *Political psychology: Key readings in social psychology*. NY: *Psychology Press*, 2004: 276–293.
23. Biddle L., Donovan J., Sharp D., Gunnell D. Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociology Health Illness*. 2007; 29: 983–1002.
24. Cohen P., Kasen S., Brook J.S., Struening E.L. Diagnostic predictors of treatment patterns in a cohort of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991; 30: 989–993.
25. Sawyer M.G., Arney F.M., Baghurst P.A., et al. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aust NZ J Psychiatry*. 2001; 35 (6): 806–814.
26. Royal College of Psychiatrists Self-harm, Suicide and Risk: Helping People Who Self-harm. Final Report of a Working Group (College Report CR158). Royal College of Psychiatrists, 2010.
27. Gasquet I., Chavance M., Ledoux S., Choquet M. Psychosocial factors associated with help-seeking behavior among depressive adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 6: 151–159.
28. Saunders S.M., Resnick M.D., Hoberman H.M., Blum R.W. Formal help-seeking behavior of adolescents identifying themselves as having mental health problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994; 33: 718–728.
29. Taylor T.L., Hawton K., Fortune S., Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2009; 194: 104–110.
30. Ahmedani B.K., Simon G.E., Stewart C., et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*. 2014; 29 (6): 870–877.
31. Luoma J.B., Martin C.E., Pearson J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002; 159 (6): 909–916.
32. Vasiliadis H.M., Ngamini-Ngui A., Lesage A. Factors associated with suicide in the month following contact with different types of health services in Quebec. *Psychiatr Serv*. 2015; 66 (2): 121–126.
33. Sun L., Zhang J. Factors associated with help-seeking behavior among medically serious attempters aged 15–54 years in rural China. *Psychiatry Res*. 2019; 274: 36–41.
34. Australian Bureau of Statistics; Canberra, editor. Australian Bureau of Statistics: National Survey of Mental Health and Well-being: Summary of Results. 2007.
35. Romano E., Tremblay R.E., Vitaro F., et al. Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: findings from an adolescent community sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001; 42: 451–461.
36. Rickwood D., Deane F., Wilson C. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust*. 2007; 187 (7 Suppl): 35–39.
37. Sawyer M.G., Borojevic N., Ettridge K.A., et al. Do help-seeking intentions during early adolescence vary for adolescents experiencing different levels of depressive symptoms? *J Adolesc Health*. 2012; 50 (3): 236–242.
38. Wen C., Wang W.Q., Ding L.J., et al. Suicidal and help-seeking behavior in Xiamen, south China. *Asia Pac Psychiatry*. 2013; 5 (3): 168–174.
39. Calcar A.L., Batterham P.J., Christensen H. Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: Risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Res*. 2014; 219 (3): 525–530.
40. Kurihara T., Kato M., Reverger R., Tirta I.G.R. Risk factors for suicide in Bali: A psychological autopsy study. *BMC Public Health*. 2009; 9: 1–7.
41. Wilson C.J., Deane F.P. Help-negation and suicidal ideation: the role of depression, anxiety and hopelessness. *J Youth Adolesc*. 2010; 39 (3): 291–305.
42. Pollock L.R., Williams J.M.G. Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide and Life Threat Behav*. 2001; 31 (4): 386–396.
43. Demyttenaere K., De Fruyt J., Stahl S.M. The many faces of fatigue in major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacology*. 2005; 8 (1): 93–105.
44. Cokro S., Prawira B. 13 Emails Why: A Qualitative Study of Jakarta Citizens' Online Help Seeking Experiences in Suicidal Crisis. *Suicidology Online* 2019; 10: 1–12.
45. Ebert D.D., Mortier P., Kaehlke F., et al. Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2019; 28 (2): e1782.
46. Rowe S.L., French R.S., Henderson C., et al. Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: A systematic review. *Aust. NZ J Psychiatry*. 2014; 48: 1083–1095.
47. Lubman D.I., Cheetham A., Jorm A.F., et al. Australian adolescents' beliefs and help-seeking intentions towards peers experiencing symptoms of depression and alcohol misuse. *BMC Public Health*. 2017; 17 (1): 658.
48. Essau C.A. Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depress Anxiety*. 2005; 22 (3): 130–113.
49. Zachrisson H.D., Rodje K., Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health*. 2006; 6: 34.
50. Stallard P., Spears M., Montgomery A.A., et al. Self-harm in young adolescents (12–16 years): onset and short-term continuation in a community sample. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 328.
51. Nishida A., Shimodera S., Sasaki T., et al. Risk for suicidal problems in poor-help-seeking adolescents with psychotic-like experiences: findings from a cross-sectional survey of 16,131 adolescents. *Schizophr Res*. 2014; 159 (2-3): 257–262.
52. Bland R.C., Newman S.C., Orn H. Help-seeking for psychiatric disorders. *Can J Psychiatry*. 1997; 42 (9): 935–942.
53. Hom M.A., Stanley I.H., Joiner T.E.Jr. Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2015; 40: 28–39.
54. Franzen M., Keller F., Brown R.C., Plener P.L. Emergency Presentations to Child and Adolescent Psychiatry: Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality. *Front. Psychiatry*. 2020; 10: 979.
55. Lawrence D., Johnson S., Hafekost J., et al. The Mental Health of Children and Adolescents: Report on the Second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Well-being. Department of Health; Canberra, ACT, Australia: 2015.
56. Hawton K., Fagg J., Simkin S. Deliberate self-poisoning and self-injury in children and adolescents under 16 years of age in Oxford, 1976–1993. *Br J Psychiatry*. 1996; 169: 202–208.
57. Clement S., Schauman O., Graham T., et al. What is the impact of mental health-related stigma on help seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2014; 45 (1): 11–27.
58. Ali K., Farrer L., Fassnacht D.B., et al. Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord*. 2017; 50 (1): 9–21.
59. Salaheddin K., Mason B. Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 2016; 66 (651): e686–92.
60. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K., et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010; 117 (2): 575–600.
61. Fortune S., Sinclair J., Hawton K. Adolescents' views on preventing self-harm. A large community study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43: 96–104.
62. Byrne S., Morgan S., Fitzpatrick C., et al. Deliberate self-harm in children and adolescents: A qualitative study exploring the needs

- of parents and carers. *Clin. Child Psychol. Psychiatry*. 2008; 13: 493–504.
63. Ferrey A.E., Hawton K., Simkin S., et al. 'As a parent, there is no rulebook': A new resource for parents and carers of young people who self-harm. *Lancet Psychiatry*. 2015; 2: 577–579.
 64. Kelada L., Whitlock J., Hasking P., Melvin G. Parents' experiences of nonsuicidal self-injury among adolescents and young adults. *J. Child Fam. Stud.* 2016; 25: 3403–3416.
 65. Jorm A.F., Wright A.M. Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: national survey of young Australians and their parents. *Br J Psychiatry*. 2008; 192 (2): 144–149.
 66. Wrigley S., Jackson H., Judd F., Komiti A. Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *Austral NZ J Psychiatry*. 2005; 39 (6): 514–521.
 67. Vogel D.L., Wade N.G., Hackler A.H. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *J Couns Psychol.* 2007; 54 (1): 40.
 68. Curtis S., Thorn P., McRoberts A., et al. Caring for Young People Who Self-Harm: A Review of Perspectives from Families and Young People. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15 (5). pii: E950.
 69. Lynch L., Long M., Moorhead A. Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions. *Am J Mens Health*. 2018; 12 (1): 138–149.
 70. Klineberg E., Biddle L., Donovan J., Gunnell D. Symptom recognition and help seeking for depression in young adults: a vignette study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011; 46 (6): 495–505.
 71. Watanabe N., Nishida A., Shimodera S., et al. Help-seeking behavior among Japanese school students who self-harm: Results from a self-report survey of 18,104 adolescents. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2012; 8: 561–569.
 72. Batterham P.J., Calear A.L., Christensen H., et al. Independent Effects of Mental Disorders on Suicidal Behavior in the Community. *Suicide Life-Threat Behav.* 2017; 48 (5): 1–10.
 73. Klineberg E., Kelly M.J., Stansfeld S.A., et al. How do adolescents talk about self-harm: a qualitative study of disclosure in an ethnically diverse urban population in England. *BMC Public Health*. 2013; 13: 572.
 74. Bernard D., Quine S., Kang M., et al. Access to primary health care for Australian adolescents: how congruent are the perspectives of health service providers and young people, and does it matter? *Aust NZ J Public Health*. 2004; 28 (5): 487–492.
 75. Idenfors H., Kullgren G., Salander Renberg E. Professional Care as an Option Prior to Self-Harm. *Crisis*. 2015; 36 (3): 179–186.
 76. Biddle L., Donovan J.L., Gunnell D., Sharp D. Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2006; 56 (533): 924–931.
 77. Fox J.C., Blank M., Rovnyak V.G., Barnett R.Y. Barriers to help seeking for mental disorders in a rural impoverished population. *Community Ment Health J.* 2001; 37 (5): 421–436.
 78. Hernan A., Philpot B., Edmonds A., Reddy P. Healthy minds for country youth: Help-seeking for depression among rural adolescents. *Austral J Rural Health.* 2010; 18: 118–124.
 79. Jordan J., McKenna H., Keeney S., et al. Providing meaningful care learning from the experiences of suicidal young men. *Qualitative Health Res.* 2012; 22: 1207–1219.
 80. National Institute for Health and Clinical Excellence *Self-harm: The Short-term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-harm in Primary and Secondary Care.* Clinical Guideline 16. Department of Health, 2004.
 81. Saunders K., Hawton K., Fortune S., Farrell S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J Affect Disord.* 2012; 139: 205–216.
 82. Chapman R., Martin C. Perceptions of Australian emergency staff towards patients presenting with deliberate self-poisoning: a qualitative perspective. *Int Emerg Nurs.* 2014; 22: 140–145.
 83. Ryan K., Heath M.A., Fischer L., Young E.L. Superficial self-harm: Perceptions of young women who hurt themselves. *J. Ment. Health Couns.* 2008; 30: 237–254.
 84. Jeffery R. Normal rubbish: deviant patients in casualty departments. *Sociol Health Illn.* 1979; 1: 90–107.
 85. Owens Ch., Hansford L., Sharkey S., Ford T. Needs and fears of young people presenting at accident and emergency department following an act of self-harm: secondary analysis of qualitative data. *Br J Psychiatry.* 2016; 208 (3): 286–291.
 86. Fadum E.A., Stanley B., Rossow I., et al. Use of health services following self-harm in urban versus suburban and rural areas: a national cross-sectional study. *BMJ Open.* 2013; 3: e002570.
 87. Evans R., Hurrell C. The role of schools in children and young people's self-harm and suicide: Systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Public Health.* 2016; 16: 401.
 88. Berger E., Hasking P., Reupert A. "We're working in the dark here": Education needs of teachers and school staff regarding student self-injury. *School Ment Health.* 2014; 6: 201–212.
 89. De Riggi M.E., Moumne S., Heath N.L., Lewis SP. Non-suicidal self-injury in our schools: A review and research-informed guidelines for school mental health professionals. *Can J School Psychology.* 2017; 32: 122–143.
 90. Guzmán E.M., Tezanos K.M., Chang B.P., Cha C.B. Examining the impact of emergency care settings on suicidal patients: a call to action. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020; 63: 9–13.
 91. Worsley D., Barrios E., Shuter M., et al. Adolescents' experiences during "boarding" hospitalization while awaiting inpatient psychiatric treatment following suicidal ideation or suicide attempt. *Hosp Pediatr.* 2019; 9: 827–833.
 92. Bhui K., McKenzie K., Rasul F. Rates, risk factors & methods of self-harm among minority ethnic groups in the UK: a systematic review. *BMC Public Health.* 2007; 7: 336.
 93. Husain N., Waheed W., Husain N. Self-harm in British South Asian women: psychosocial correlates and strategies for prevention. *Ann Gen Psychiatry.* 2006; 5 (1): 7.
 94. Leavey G., Hollins K., King M., Barnes J., Papadopoulos C., Grayson K. Psychological disorder amongst refugee and migrant schoolchildren in London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004. 39; 191–195.
 95. Nam S.K., Chu H., Lee M.K., et al. A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *J Am Colleg Health.* 2010; 59: 110–116.
 96. Daine K., Hawton K., Singaravelu V., et al. The power of the web: A systematic review of studies of the influence of the Internet on self-harm and suicide in young people. *PLoS One.* 2013; 8: e77555.
 97. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev.* 2004; 24: 957–979.
 98. Hunter C., Chantler K., Kapur N., Cooper J. Service user perspectives on psychosocial assessment following self-harm and its impact on further help-seeking: A qualitative study. *J Affect Disord.* 2012; 145 (3): 315–323.
 99. Seidler Z.E., Dawes A.J., Rice S.M., et al. *The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review.* *Clin Psychol Rev.* 2016; 49: 106–118.
 100. Vogel D.L., Wade N.G., Wester S.R., et al. Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *J Clin Psychology.* 2007; 63: 233–245.
 101. Krumm S., Checchia C., Koesters M., et al. Men's Views on Depression: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Research. *Psychopathology.* 2017; 50 (2): 107–124.
 102. Farrand P., Perry J., Lee C., Parker M. Adolescents' preference towards self-help: Implications for service development. *Primary Care Com Psychiatry.* 2006; 11 (2): 73–79.
 103. Judd F., Jackson H., Komiti A., et al. Help-seeking by rural residents for mental health problems: The importance of agrarian values. *Australian NZ J Psychiatry.* 2006; 40: 769–776.
 104. Hasking P., Rees C.S., Martin G., Quigley J. What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers. *BMC Public Health.* 2015; 15: 1–9.
 105. Gould M.S., Velting D., Kleinman M., et al. Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004; 43: 1124–1133.
 106. Lake A.M., Kandasamy S., Kleinman M., Gould M.S. Adolescents' attitudes about the role of mental illness in suicide, and their association with suicide risk. *Suicide Life Threat Behav.* 2013; 43: 692–703.

107. Czyz E.K., Horwitz A.G., Eisenberg D., et al. Self-reported barriers to professional help seeking among college students at elevated risk for suicide. *J Am Coll Health*. 2013; 61: 398-406.
108. Price M., Hides L., Cockshaw W., et al. Young Love: Romantic Concerns and Associated Mental Health Issues among Adolescent Help-Seekers. *Behav. Sci.* 2016; 6: 9.
109. Fallon B.J., Bowles T. Adolescent Help-Seeking for Major and Minor Problems. *Aust J Psychol*. 1999; 51: 18.
110. Novianty A., Hadjam M.N.R. Literasi kesehatan mental dan sikap komunitas sebagai prediktor pencarian pertolongan formal. *J Psikologi*. 2017; 44 (1): 50-65.
111. Lindsey M.A., Korr W.S., Broitman M., et al. Help-seeking behaviors and depression among African American adolescent boys. *Soc Work*. 2006; 51 (1): 49-58.
112. Wilson C.J., Deane F.P. Adolescent opinions about reducing help-seeking barriers and increasing appropriate help engagement. *J Educat Psychol Consult*. 2001; 12 (4): 345-364.
113. De Leo D., Heller T.S. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Med J Aust*. 2004; 181 (3): 140-144.
114. Morey C., Corcoran P., Arensman E., Perry I.J. The prevalence of self-reported deliberate self-harm in Irish adolescents. *BMC Public Health*. 2008; 8: 79.
115. Ystgaard M., Arensman E., Hawton K., et al. Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *J Adolesc*. 2009; 32 (4): 875-891.
116. Yap M.B.H., Wright A., Jorm A.F. First aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: findings from an Australian national survey of youth. *Psychiatry Res*. 2011; 188 (1): 123-128.
117. Oldershaw A., Richards C., Simic M., Schmidt U. Parents' perspectives on adolescent self-harm: Qualitative study. *Br. J. Psychiatry*. 2008; 193: 140-144.
118. Ferrey A.E., Hughes N.D., Simkin S., et al. The impact of self-harm by young people on parents and families: A qualitative study. *Br. Med. J. Open*. 2016; 6: e009631.
119. Daeem R., Mansbach-Kleinfeld L., Farbstein I., et al. Help seeking in school by Israeli Arab minority adolescents with emotional and behavioral problems: results from the Galilee Study. *Isr J Health Policy Res*. 2016; 5: 49.
120. Berger E., Hasking P., Martin G. 'Listen to them': Adolescents' views on helping young people who self-injure. *J Adolesc*. 2013; 36: 935-945.
121. Sieving R.E., McRee A.L., McMorris B.J., et al. Youth-Adult Connectedness: A Key Protective Factor for Adolescent Health. *Am J Prev Med*. 2017; 52: 275-278.
122. Wilson C.J., Rickwood D.J., Bushnell J.A., et al. The effects of need for autonomy and preference for seeking help from informal sources on emerging adults' intentions to access mental health services for common mental disorders and suicidal thoughts. *Adv Mental Health*. 2011; 10 (1): 29-38.
123. O'Connor M., Casey L., Clough B. Measuring mental health literacy—a review of scale-based measures. *J Ment Health*. 2014; 23 (4): 197-204.
124. Hooley J.M., Fox K.R., Boccagno C. Nonsuicidal Self-Injury: Diagnostic Challenges And Current Perspectives *Neuropsychiatr. Dis Treat*. 2020; 16: 101-102.

ADOLESCENT DELIBERATE SELF-HARM. PART I: HELP-SEEKING BEHAVIOR, OR «IT'S A LONG WAY TO TIPPERERI»

E.B. Lyubov, P.B. Zotov

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

Abstract:

On the example of adolescents with intentional non-suicidal self-harm the literature review shows the search for help as a behavioral skill, the process of going through a series of functional and organizational filters. As a result, a smaller portion of the most severely ill patients receive some kind of professional assistance. The detailed analysis is presented of various factors that impede a teenager from getting help and are favorable for receiving timely treatment. Professional services of a new type are more attractive, as they focus on psychosocial recovery and take into account the changing clinical and social needs of a teenager and their relatives (for more details, see Part II of the Review).

Keywords: non-suicidal self-harm, adolescents, search for help

Вклад авторов:

E.B. Любов: разработка дизайна исследования, обзор публикаций, написание и редактирование текста рукописи;
П.Б. Зотов: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

E.B. Lyubov: developing the research design, reviewing of publications, article writing, article editing;
P.B. Zotov: reviewing of publications of the article's theme; article writing, article editing.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 02.02.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 11.06.2020.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б. Намеренные несуицидальные самоповреждения подростков. Часть I: поиск медицинской помощи, или «Путь далёкий до Типперери». *Суицидология*. 2020; 11 (2): 15-32. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-15-32

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B. Adolescent Deliberate self-harm. Part I: Help-Seeking Behavior, OR «It's A long way to Tippereri». *Suicidology*. 2020; 11 (2): 15-32. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-15-32

ЖЕРТВЫ БУЛЛИНГА: АНАЛИЗ ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ПАТТЕРНОВ И СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

А.В. Меринов, А.Ю. Алексеева, Е.Р. Завалова

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

VICTIMS OF BULLYING: AN ANALYSIS OF EDUCATIONAL PATTERNS AND SUICIDOLOGICAL STATUS

A.V. Merinov, A.Yu. Alekseeva, E.R. Zavalova

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Информация об авторах:

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

Алексеева Алевтина Юрьевна (SPIN-код: 5577-2705; ResearcherID: I-6896-2018; ORCID iD 0000-0001-7311-3282). Место учёбы: клинический ординатор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: +7 (920) 962-10-70, электронный адрес: enjoy.the.silence@icloud.com

Завалова Елена Романовна (SPIN-код: 7564-5262; ResearcherID: ALL-7302-2020; ORCID iD 0000-0002-7406-4563). Место учёбы: студентка 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: +7 (929) 067-01-60, электронный адрес: er46280@gmail.com

Information about the authors:

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

Alekseeva Alevtina Yuryevna (SPIN-code: 5577-2705; ResearcherID: I-6896-2018; ORCID iD 0000-0001-7311-3282). Place of study: Clinical Resident of the Department of Psychiatry "Ryazan State Medical University named after Acad. I.P. Pavlov". Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Vysokovolt'naya str. Phone: +7 (920) 962-10-70, email: enjoy.the.silence@icloud.com

Zavalova Elena Romanovna (SPIN-code: 7564-5262; ResearcherID: ALL-7302-2020; ORCID iD 0000-0002-7406-4563). Place of study: 5th year student of the Faculty of Medicine "Ryazan State Medical University named after Acad. I.P. Pavlov". Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Vysokovolt'naya str. Phone: +7 (929) 067-01-60, email: er46280@gmail.com

В последние десятилетия отечественный лексикон обогатился таким важным термином как «буллинг». Буллинг (травля в коллективе) – это системный психологический террор, издевательства более сильной группой или индивидом, над другим, более слабым в течение продолжительного времени. Значительная часть публикаций по данной теме представлена в англоязычном сегменте. Тем не менее, на настоящий момент причины этого явления остаются неясными, а последствия – обозначены недостаточно конкретно. Цели и задачи: изучение влияния буллинга на аутоагрессивный, и, в частности, на суицидологический профиль юношей и девушек, а также поиск его возможных предикторов. Материалы и методы: изучены 123 девушки (средний возраст $21,9 \pm 2,5$ года) и 35 юношей (средний возраст $22,4 \pm 2,7$ года), систематически подвергавшихся буллингу. В группу контроля вошли 126 девушек и 30 юношей, соответствующего возраста. В качестве диагностического инструмента использовался клиничко - анамнестический опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем, международный опросник ICAST-R, опросник для оценки неблагоприятного детского опыта CTQ. Было произведено сравнение всех изучаемых признаков в подгруппах. Математическую обработку данных проводили с помощью программ SPSS-Statistics и Statistica 12. Результаты: согласно полученным данным, 45% девушек и 46% юношей когда-либо в жизни подвергались буллингу, из них – 5% девушек и 8% юношей переживали «регулярный буллинг», что в целом говорит о широкой распространённости данного феномена. Стоит отметить, что девушки и юноши из исследуемой группы в большей степени были подвержены различным видам насилия (эмоциональное, физическое, сексуальное) в детстве относительно групп контроля. Также изучены некоторые паттерны родительства. Были выявлены отличия в отношении базовых установок чувства безопасности и защищённости в семье. Полученные данные могут указывать на формирование позиции «хронической жертвы», привычной в родительской семье. При оценке суицидологических характеристик изучаемых групп были выявлены следующие статистически значимые показатели. В исследуемых группах более 50% девушек и 48,5% юношей имели мысли о воз-

возможности совершения суицида. Обдумывали способ совершения суицида 45,5% девушек и 42,8% юношей (в группе контроля – 26,1% и 10%), составляли план самоубийства (24,3% девушек и 17,1% юношей против 8,7% и 0% контроля соответственно), отметили наличие суицидальной попытки в анамнезе – 18,7% девушек (в контроле – 7,1%). Выводы: таким образом, можно предположить, что буллинг может являться «промежуточным» этапом, укореняющим и усиливающим позицию «я – не ОК», а также – фактором, катализирующим аутоагрессивное поведение. Факт буллинга должен настораживать в плане потенциально высокого риска аутоагрессивного поведения и может, без сомнения» быть отнесён к предикторам суицидального поведения.

Ключевые слова: буллинг, травля, дисфункциональная родительская семья, аутоагрессивное поведение, суицидальное поведение

В последние десятилетия отечественный лексикон обогатился таким термином как «буллинг». Несмотря на увеличение интереса к данной проблеме, в нашей стране она пока изучена недостаточно, долгие годы о ней вообще было не принято говорить. В настоящее время термин «буллинг» отождествляется преимущественно с насилием в молодёжной, в том числе школьной, среде [1]. От других форм насилия буллинг отличается тем, что осуществляется более сильной группой или индивидом над другим более слабым в течение длительного времени [2, 3]. Большинство публикаций на тему буллинга основано на данных, полученных зарубежными исследователями. Неясными остаются причины этого явления, а последствия иногда видятся расплывчато, поскольку мнения авторов на этот счёт достаточно противоречивы [2, 3, 4].

Существуют несколько критериев прямого и косвенного влияния буллинга на человека, отметим самые токсичные: переживание травли отрицательно воздействует на «Я-концепцию», нарушение идентичности, которое порождает безысходность и бездействие, что чаще всего формирует мысли о самоубийстве [1, 3, 4, 5]. Установлено, что «жертва» рискует зафиксировать проблемное поведение и иметь склонность к депрессивным расстройствам [5, 6]. Высказываются мнения, что жертвами в такой ситуации становятся неслучайно: подверженность буллингу может быть предсказана по индивидуальным характеристикам и семейным факторам [7].

Буллинг достаточно широко распространён в популяции. По данным ВОЗ [8] ежегодно миллионы детей страдают от травли в учебных заведениях. В российских школах регулярно насилию минимум 2-3 раза в месяц подвергаются от 12 до 24% подростков [9]. Таким образом, это явление нуждается в более детальном изучении, направленном на понимание его «корней», последствий и точек приложения профилактической активности.

Целью исследования был поиск возможных предикативных причин буллинга, а также оценка его возможного значения для суицидологической практики в нашей стране.

Материалы и методы.

Для решения поставленных целей были обследованы репрезентативные группы девушек и юношей. Все они являлись студентами старших курсов ВУЗов. Были выделены следующие подгруппы: девушки и юноши, подвергавшиеся буллингу (ДБ+; ЮБ+), а также – девушки и юноши, не подвергавшиеся буллингу (ДБ-;

In recent decades, the domestic lexicon has been enriched by such a term as “bullying”. Despite the growing interest to this problem, it has not been studied enough in our country yet, for many years it was not customary to even talk about it. Currently, the term “bullying” is identified mainly with youth violence, including school environment [1]. Bullying differs from other forms of violence in that it is carried out by a stronger group or individual over a weaker one for a long time [2, 3]. Most publications on the subject of bullying are based on data obtained by foreign researchers. The reasons for this phenomenon remain unclear, and the consequences are sometimes vague, since the opinions of the authors on this subject are quite contradictory [2, 3, 4].

There are several criteria for the direct and indirect impact of bullying on a person, we note the most toxic ones: the experience of bullying negatively affects the “I-concept”, an identity violation that generates hopelessness and inaction that most often lead to formation of suicide thoughts [1, 3, 4, 5]. It has been established that the “victim” runs the risk of fixating problematic behavior and is prone to depressive disorders [5, 6]. There are expressed opinions that victims in such a situation are not accidental: exposure to bullying can be predicted by individual characteristics and family factors [7].

Bullying is quite widespread in the population. According to the WHO [8], millions of children annually suffer from bullying in educational institutions. In Russian schools, from 12 to 24% of adolescents experience regular violence at least 2-3 times a month [9]. Thus, this phenomenon needs a more detailed study aimed at understanding its “roots”, consequences and points of application of preventive activity.

The aim of the study was to search for possible predictive causes of bullying, as well as to assess its possible significance for suicidological practice in our country.

Materials and methods.

To achieve these goals, representative groups of girls and boys were examined. All of them were senior students of universities. The following subgroups were distinguished: girls and boys who were bullied (FB+; MB+), and also girls and boys who were not bullied

ЮБ-). Критерием включения в исследуемую группу являлись: положительный ответ на вопрос: «Вы в прошлом подвергались буллингу?» (критерии выявляемого явления обсуждались с респондентами); получение информированного согласия об участии в исследовании. Критерием исключения являлись: разовые конфликтные ситуациями с окружением, иные напряженные отношения, не соотносимые респондентом с понятием «травли». В группу лиц, подвергавшихся буллингу, вошли 123 девушки и 35 юношей. Возраст в первой группе составил $21,9 \pm 2,5$ года, во второй – $22,4 \pm 2,7$ года. В группу контроля вошли 126 девушек и 30 юношей (средний возраст – $21,6 \pm 2,2$ и $22,1 \pm 2,8$ года соответственно).

В качестве диагностического и исследовательского инструментария использовались следующие методики. Клинико-анамнестический опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [10]. Международный опросник для изучения распространенности насилия над детьми (ICAST-R) [11], позволяющий изучить опыт пережитого в детстве насилия среди молодежи 18-24 лет. Опросник для оценки травм, полученных в детстве (СТQ) [12] для скрининга детского травматизма, измеряющий следующие виды жестокого обращения: эмоциональное, физическое и сексуальное насилие, а также эмоциональное и физическое пренебрежение.

Статистический анализ и обработку данных проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики с использованием критериев Стьюдента, χ^2 . Параметрические данные в работе представлены в виде $M \pm m$ (среднее арифметическое \pm стандартное отклонение). Описание статистических данных для непараметрических критериев представлено в виде n (%) (абсолютное количество признаков в группе и его процентное отношение к общему количеству членов группы). Математическую обработку данных проводили с помощью программ SPSS-Statistics и Statistica 12.

Результаты и их обсуждение.

Проанализируем полученные данные, касающиеся возможного детского травматизма и ретроспективного анализа пережитого насилия в группе девушек. Статистически значимые отличия представлены в таблице 1.

Из таблицы следует, что между группами девушек обнаруживаются значительные отличия в отношении таких показателей как, уровень актуального стресса, а также, различных видов детского насилия. Два разных диагностических инструмента, направленных на выявление наличия опыта пережитого насилия в детстве, свидетельствуют о том, что девушки из исследуемой группы подвергались различным формам эмоционального насилия существенно чаще, чем девушки из контрольной группы.

(FB-; MB-). The criteria for inclusion in the study group were: a positive answer to the question: “Have you been bullied in the past?” (criteria for a detected phenomenon were discussed with respondents); informed consent to participate in the study was obtained. The exclusion criteria included: one-time conflict situations with others, other tense relations that were not related by the respondent with the concept of “bullying”. The bullying group included 123 girls and 35 boys. The mean age in the first group was 21.9 ± 2.5 years, in the second – 22.4 ± 2.7 years. The control group included 126 girls and 30 young men (mean age – 21.6 ± 2.2 and 22.1 ± 2.8 years, respectively).

The following methods were used as diagnostic and research tools. Clinical - anamnestic questionnaire for the detection of auto-aggressive patterns and their predictors in the past and present [10]. The international Ispan Child Abuse Screening Tools-Retrospective (ICAST-R) [11], which allows to study violence experienced in childhood among young people aged 18-24. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) [12] for screening childhood injuries, measuring the following types of abuse: emotional, physical and sexual abuse, and emotional and physical neglect.

Statistical analysis and data processing were performed with parametric and non-parametric methods of mathematical statistics using Student's criteria, χ^2 . The parametric data in the work are presented in the form $M \pm m$ (arithmetic mean \pm standard deviation). The description of statistical data for nonparametric criteria is presented in the form of n (%) (the absolute number of attributes in the group and its percentage of the total number of group members). Mathematical data processing was performed using the SPSS-Statistics and Statistica 12 programs.

Results and its discussion.

Let us analyze the data obtained regarding possible childhood injuries and a retrospective analysis of the experienced violence in a group of girls. Statistically significant differences are presented in table 1.

The table shows that between the two groups of girls significant differences are found in relation to such indicators as the level of actual stress, as well as various types of child abuse. Two different diagnostic tools aimed at identifying the experience of experienced violence in childhood indicate that girls from the study group underwent various forms of emotional violence much more often than girls from the control group.

Таблица 1 / Table 1

Анализ пережитого детского насилия девушек, имевших в анамнезе факт буллинга
 Analysis of childhood violence experienced by girls who had a history of bullying

Признак Indicator	(ДБ+ / FB+) M±m n=123	(ДБ- / FB-) M±m n=126	p
Анализ психологических травм, полученных в детстве Analysis of psychological childhood traumas (CTQ)			
Эмоциональное насилие / Emotional violence	10,14±4,87	7,29±3,06	0,000
Физическое насилие / Physical violence	7,17±3,37	5,81±2,20	0,000
Анализ пережитого насилия Analysis of experienced violence (ICAST-R)			
Физическое насилие / Physical violence	1,33±1,30	0,78±1,05	0,000
Эмоциональное насилие / Emotional violence	1,18±1,05	0,56±0,86	0,000
Сексуальное насилие / Sexual violence	0,42±0,85	0,14±0,57	0,001

Значения индикатора в отношении сексуального насилия достаточно малы, но, следует обозначить их наличие и существенную статистическую разницу. Какова причина связи буллинга и наличия детской психологической травматизации – требует дальнейшего уточнения. Однако существует множество свидетельств возможного влияния негативного раннего детского опыта на адаптационные механизмы взрослых людей [7, 13], формирование неконструктивных «сценарных» форм поведения [10, 12].

Проанализируем некоторые паттерны родительствования, обнаруживаемые в исследуемой группе.

У девушек, подвергавшихся буллингу, прослеживаются отличия в отношении базовых установок чувства безопасности и защищённости в семье по сравнению с группой контроля. Дети в процессе воспитания не получали эмоциональный и физический отклик от значимых взрослых, психологическую (и не только) безопасность личности. Данные самоотчетов логичным образом соответствуют данным, приводимым в первой таблице. Впоследствии 54,4% девушек в исследуемой группе отметили, что часто боялись возвращаться домой.

The indicator values for sexual violence are quite small, but their presence and significant statistical difference should be indicated. What is the reason for the connection of bullying and the presence of child psychological trauma – this question requires further clarification. However, there is ample evidence of the possible impact of negative early childhood experience on the adaptive mechanisms of adults [7, 13], the formation of unconstructive “scenario” forms of behavior [10, 12].

Let us analyze some parenting patterns found in the study group.

The bullied girls showed differences in the basic attitudes of the sense of security and safety in the family as compared to the control group. In the process of upbringing, children did not receive an emotional and physical response from significant adults, or the psychological (and not only) personal safety. Self-reporting data logically corresponds with the data given in the first table. Subsequently, 54.4% of the girls in the study group indicated that they were often afraid to return home.

Таблица 2 / Table 2

Особенности родительствования девушек, имевших в анамнезе факт буллинга
 Family parenting styles of girls who had a history of bullying

Признак Indicator	(ДБ+ / FB+) n=123		(ДБ- / FB-) n=126		χ ²	Знач. Df / Df index	p
	n	%	n	%			
Чувство эмоциональной изоляции в родительской семье Feeling of emotional isolation in the parent family	57	46,3	28	22,2	16,10	1	0,000
Чувство физической изоляции в родительской семье Feeling of physical isolation in the parent family	28	22,7	13	10,3	7,01	1	0,008
Страх возвращаться домой в прошлом Fear of returning home in the past	67	54,4	29	23,0	25,99	1	0,000

Большинство случаев буллинга, обнаруживалось учителями или благодаря физикальным признакам, семья же долгое время оставалась вне ведения, тем более, безусловно, не выполняя барьерную и буферную функции, что согласуется с данными других исследователей [6, 11]. Более того, полученные данные, в определённой степени, могут указывать нам на формирование у ребёнка некой психологической или сценарной предрасположенности, формирующей особую восприимчивость к зачаткам буллинга: позицию «профессиональной жертвы», привычную в родительской семье. Некую хроническую неудовлетворённость, возможно, являющуюся почвой для последующей травли, неспособности постоять за себя в условиях отсутствия демпфирующей семейной функции.

Нам представляется вполне логичной подобная траектория: «особенности семейной системы» – «формирование определённых черт личности» – «возникновение буллинга». Буллинг же в свою очередь, к сожалению, позволяет усиливать существующую жизненную позицию «Я – не ОК`ей», запуская некий порочный круг. Специалистам часто приходится слышать: «В школах дразнят и обижают всех, переживут». На наш взгляд, вышеизложенная информация способна хотя бы частично пролить свет на существующий порядок вещей. Почему кого-то нападки касаются однократно, а кто-то «хронифицируется», становясь объектом постоянного буллинга.

На следующем этапе оценим суицидологические характеристики изучаемой подгруппы.

В исследуемой группе более 50% девушек отмечали наличие мыслей о возможности совершения суицида, обдумывали способ и составляли чёткий план самоубийства 45,5% и 24,3% девушек соответственно; 18,7% пытались покончить жизнь самоубийством, что в 2-2,5 раза превышает показатели группы контроля.

Most cases of bullying were detected by teachers or due to physical signs, while the family remained out of control for a long time, especially, certainly, not performing the barrier and buffer functions, which is consistent with the data of other researchers [6, 11].

Moreover, the data obtained, to a certain extent, may indicate to us that a child develops a certain psychological or scenario predisposition that forms a special susceptibility to the bullying conception: the position of a “professional victim”, which is usual in a parental family. Some chronic dissatisfaction, possibly being the basis for subsequent persecution, inability to stand up for oneself in the absence of damping family function.

The following trajectory seems quite logical to us: “features of the family system” – “the formation of certain personality traits” – “the occurrence of bullying”. Unfortunately, bullying, in its turn, allows you to strengthen the existing life position “I am not OK,” starting a vicious circle. Specialists often hear: “In schools everybody is teased and offended, they will come over that.” In our opinion, the above information can at least partially shed light on the existing order of things. Why is someone attacked once, and someone is “chronically” offended, becoming the constant object of bullying?

At the next stage, we evaluate the suicidal characteristics of the studied subgroup.

In the study group, more than 50% of girls noted the presence of thoughts about the possibility of committing suicide, 45.5% and 24.3% of girls, respectively pondered the method to commit it, and drew up a clear suicide plan; 18.7% tried to commit suicide, which is 2-2.5 times higher than the control group.

Таблица 3 / Table 3

Суицидологические характеристики девушек, имевших в анамнезе факт буллинга
Suicidological characteristics of girls who had a history of bullying

Признак Indicator	(ДБ+ / FB+) n=123		(ДБ- / FB-) n=126		χ^2	Знач. Df / Df index	p
	n	%	n	%			
Желание заснуть и не проснуться Desire to fall asleep and not to wake up	48	39,0	29	23,0	7,46	1	0,000
«Завидовали» умершим "Enviied" the deceased	18	14,6	5	3,9	8,44	1	0,003
Шутки о суициде / на суицидальную тематику Suicide Jokes	68	55,2	50	39,6	6,07	1	0,013
Суицидальные мысли в анамнезе A history of suicidal thoughts	68	55,2	36	28,5	18,26	1	0,000
Обдумывание способа совершения суицида Pondering suicide method	56	45,5	33	26,1	10,13	1	0,001
Составление плана самоубийства Planning Suicide	30	24,3	11	8,7	11,09	1	0,000
Суицидальная попытка в анамнезе A history of a suicide attempt	23	18,7	9	7,1	7,42	1	0,006

Те же особенности в значительной степени касаются и просуицидальных идеаций пассивного характера. Эти данные являются весьма настораживающими в отношении суицидологической «плоскости» и заслуживают пристального внимания, на что обращалось внимание и ранее [3, 11, 14]. Полученные результаты свидетельствуют в пользу того, что девушки, подвергшиеся буллингу, в своём прошлом достаточно часто имели дисфункциональную модель родительства или подвергались эмоциональному, физическому насилию, что в дальнейшей жизни ассоциировано с весьма значительным суицидальным риском. Мы не имеем достоверных статистических данных, касающихся связи буллинга и завершённых детско-подростковых суицидов. Однако суицидологический профиль ныне живущих взрослых жертв буллинга, позволяет высказать предположение о наличии таковой связи. Ранее мы располагали данными о связи детского травматического опыта и высокого суицидального риска [14-17], либо буллинга и суицидального риска [3], теперь же, мы можем предположить в качестве одного из «промежуточных», опосредующих звеньев между детской травмой и суицидальностью – подверженность буллингу.

Перейдём к оценке данных, полученных при изучении отличий между соответствующими группами юношей. Проанализируем полученные данные в отношении детского травматического опыта (табл. 4).

Оба использованных в исследовании опросника обнаруживают статистически значимую разницу в отношении эмоционального насилия. Данные ICAST-R также говорят в пользу более частых эпизодов физических наказаний дома. В целом «профиль» детского насилия и его форм, сходен у юношей и девушек, подвергавшихся буллингу. Юноши в отношениях с родителями не чувствовали себя эмоционально и физически изолированными, что серьёзным образом отличает их от аналогичной группы девушек. Это в определённой степени может быть связано с гендерными аспектам как самого воспитания (родительский компонент), так и особенностями восприятия действия или дискантирующей ситуации [12, 17].

The same features are largely related to passive suicidal ideations. These data are very alarming in relation to the suicidological perspective and deserve close attention, which we have already mentioned earlier [3, 11, 14]. The results indicate that girls bullied in their past quite often had a dysfunctional model of parenting in their family or were subjected to emotional, physical abuse, which in later life is associated with a very significant suicidal risk. We do not have reliable statistics regarding the relationship between bullying and completed child-teenage suicides. However, the suicidological profile of the currently living adult victims of bullying allows us to state a hypothesis about the existence of such a connection. Previously, we had data on the relationship of childhood traumatic experience and high suicidal risk [14-17], or bullying and suicidal risk [3], now we can assume as one of the “intermediate”, mediating links between the child trauma and suicide is exposure to bullying.

We proceed to evaluate the data obtained by studying the differences between the corresponding groups of young men. Let us analyze the data obtained in relation to children's traumatic experience.

Both questionnaires used in the study show a statistically significant difference in relation to emotional abuse. ICAST-R data also speaks in favor of more frequent episodes of physical punishment at home. In general, the “profile” of child abuse and its forms is similar for young men and women exposed to bullying. Boys in relations with parents did not feel emotionally and physically isolated, which seriously distinguishes them from a corresponding group of girls. To a certain extent, this can be related to the gender aspects of both the upbringing itself (the parent component) and the peculiarities of perceiving an action or a disconcerting situation [12, 17].

Таблица 4 / Table 4

Анализ пережитого детского насилия юношей, имевших в анамнезе факт буллинга
 Analysis of childhood violence experienced by young men who had a history of bullying

Признак Indicator	(ЮБ+ / MB+) M±m n=35	(ЮБ- / MB-) M±m n=30	p
Анализ психологических травм, полученных в детстве Analysis of psychological childhood traumas (CTQ)			
Эмоциональное насилие / Emotional violence	8,86±4,07	7,17±2,56	0,050
Анализ пережитого насилия Analysis of experienced violence (ICAST-R)			
Физическое насилие / Physical violence	1,66±1,14	0,67±0,92	0,0003
Эмоциональное насилие / Emotional violence	1,11±1,05	0,37±0,62	0,001

Таблица 5 / Table 5

Суицидологические характеристики юношей, имевших в анамнезе факт буллинга
Suicidological characteristics of young men with a history of bullying

Признак Indicator	(ЮБ+ / MB+) n=35		(ЮБ- / MB-) n=30		χ^2	Знач. Df / Df index	P
	n	%	n	%			
Шутки о суициде / на суицидальную тематику Suicide jokes	25	71,4	11	36,6	7,89	1	0,004
Обдумывание способа совершения суицида Pondering suicide method	15	42,8	3	10	8,71	1	0,003
Составление плана самоубийства Planning Suicide	6	17,1	0	0	5,66	1	0,017
Сообщение близким о суицидальных идеациях Communicating Suicidal Ideas to Relatives	7	20,0	0	0	6,72	1	0,009
Суицидальные мысли в анамнезе A history of suicidal thoughts	17	48,5	6	20	5,76	1	0,016

Часто в отношении детей разного пола используются различные воспитательные паттерны, так и общеизвестна гендерная специфичность восприятия родительских наказаний или пренебрежения. Возможно, по этой причине, у юношей не обнаруживаются статистически значимой разницы в отношении эмоциональной и физической изоляции даже при наличии фактов имеющегося физического и эмоционального насилия.

В табл. 5 представлены статистически значимые отличия суицидологического профиля юношей. Изученная группа юношей характеризуется достаточно высоким суицидальным потенциалом. Около 50% имели мысли о возможности совершения суицида, 40% обдумывали план его реализации, но только 20% говорили об этом своим близким. Это похоже на показатели аналогичной группы девушек, приведённых выше. Мы можем сделать вывод аналогичный высказанному в обсуждении подгруппы девушек, подвергавшихся буллингу. Схематически данное положение проиллюстрировано на предлагаемом ниже рис. 1.

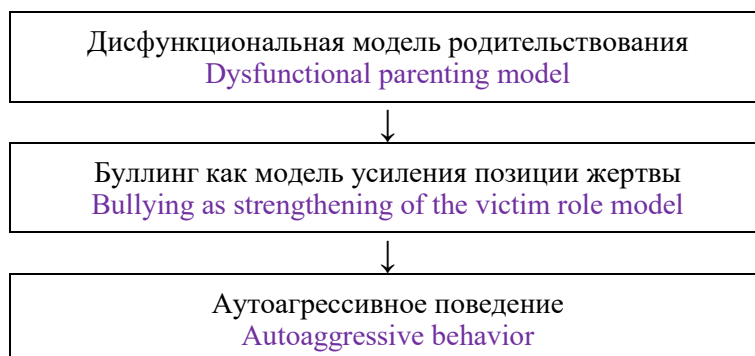


Рис. 1. / Fig. 1. Схема буллинг-опосредованной траектории формирования аутоагрессивных паттернов в исследованных группах / Scheme of a bullying-mediated trajectory of formation of auto-aggressive patterns in the studied groups.

Проведённое исследование демонстрирует опосредующую роль буллинга, усиливающего уже существующую

Often, different educational patterns are used for children of different sexes, and the gender specificity of perceiving parental punishments or neglect is well known. Perhaps for this reason, the young men did not show a statistically significant difference in relation to emotional and physical isolation, even in the presence of facts of existing physical and emotional violence.

Table 5 presents the statistically significant differences regarding the suicidal profile of young men.

The studied group of young men is characterized by a rather high suicidal potential. About 50% had thoughts about the possibility of committing suicide, 40% thought about a plan for its implementation, but only 20% talked about it to their loved ones. This is similar to the indicators of a similar group of girls given above. We can draw a conclusion similar to that expressed in the discussion of the subgroup of girls exposed to bullying.

Schematically, this provision is illustrated in the figure below (Fig. 1).

The study demonstrates the mediating role of bullying, reinforcing the already existing negative life position, which leads to understandable consequences. The data obtained, in our opinion, expand the existing understanding of the mechanisms of suicidogenesis, and also provide the basis for a more detailed study of bullying as a predictor and catalyst for auto-aggressive behavior.

негативную жизненную позицию, что приводит к вполне понятным последствиям. Полученные данные, на наш взгляд, расширяют существующие представления о механизмах суицидогенеза, а также дают основания для более детального изучения буллинга как предиктора и катализатора аутоагрессивного поведения.

Выводы:

1. В исследовании обнаружена связь между фактами «детской психологической травмы» и последующей подверженности буллингу, с одной стороны, и высокими суицидологическими рисками у лиц, имевшими подобный опыт в прошлом (буллинг), с другой. Это позволило предложить возможную модель буллинг - опосредованной траектории возникновения аутоагрессивных паттернов у лиц, изначально перенесших «детскую травму».

2. Лица, подвергавшиеся буллингу, с позиции суицидологической практики, представляют собой группу, требующую пристального внимания, подразумевающую разработку специфических превентологических подходов. Факт буллинга должен настораживать в плане потенциально высокого риска аутоагрессивного поведения и может быть отнесён к значимым предикторам такового.

3. В основе буллинга нередко лежит некая неадаптивная модель поведения, сформированная в результате негативного влияния родительской семьи. Этот факт следует учитывать при психотерапевтической коррекции последствий травмы как таковой, а также для построения эффективной работы в случае обнаружения аутоагрессивной активности.

Conclusions:

1. The study found a connection between the facts of "childhood psychological trauma" and subsequent exposure to bullying, on the one hand, and high suicidological risks in people who had similar experience in the past (bullying), on the other. This allowed us to propose a possible model of a bullying-mediated trajectory of the emergence of auto-aggressive patterns in people who initially had a "childhood trauma".

2. Persons exposed to bullying, from the standpoint of suicidological practice, are a group that requires close attention, implying the development of specific preventive approaches. The fact of bullying should be alarming in terms of the potentially high risk of auto-aggressive behavior and can be attributed to significant predictors of such.

3. The basis of bullying is often a kind of non-adaptive behavior model, formed as a result of the negative influence of the parent family. This fact should be taken into account when psychotherapeutic correction of the consequences of persecution as such, as well as to build effective work in the event of detection of auto-aggressive activity.

Литература / References:

- Алексеева Е.В., Николаева Ф.П. Личностные ресурсы защитников жертвы и агрессоров, участников буллинга в ситуации морального выбора. Профилактика девиантного поведения детей и молодежи: региональные модели и технологии. *Сборник статей по материалам научно-практической конференции*. Ялта, 2019. 248-251. [Alekseeva E.V., Nikolaeva F.P. Personal resources of the defenders of the victim and the aggressors, the participants of the bullying in a situation of moral choice. Prevention of deviant behavior of children and youth: regional models and technologies. *Collection of articles on the materials of the scientific-practical conference*. Yalta, 2019. 248-251.] (In Russ)
- Бочавер А.А., Хломов К.Д. Буллинг как объект исследования и культурный феномен. *Психология*. 2013; 10 (3): 149-159. [Bochaver A.A., Hlomov K.D. Bullying as an object of study and a cultural phenomenon. *Psychology*. 2013; 10 (3): 149-159.] (In Russ)
- Тарасова А.Е. Причины самоповреждающего поведения подростков и молодежи. *Психологические науки*. 2019; 1 (16): 21-33. [Tarasova A.E. Reasons for self-harming behavior of adolescents and youth. *Psychological sciences*. 2019; 1 (16): 21-33.] (In Russ)
- Барбина В.Д., Слепухина Г.В. Проблемы буллинга в образовательной среде. *Modern Science*. 2019; 12 (2): 236-330. [Barbina V.D., Slepukhina G.V. Problems of bullying in the educational environment. *Modern Science*. 2019; 12 (2): 236-330.] (In Russ)
- Schwartz D., Lansford J.E., Dodge K.A., Pettit G.S., Bates J.E. Peer Victimization During Middle Childhood as a Lead Indicator of Internalizing Problems and Diagnostic Outcomes in Late Adolescence. *Journal of clinical child and adolescent psychology*. 2015; 44 (3): 393-404. DOI: 10.1080/15374416.2014.881293
- Wormington S.V., Anderson K.G., Schneider A., Tomlinson K.L., Brown S.A. Peer Victimization and Adolescent Adjustment: Does School Belonging Matter? *Journal of school violence*. 2016; 15 (1): 1-21. DOI: 10.1080/15388220.2014.922472
- Arseneault L., Bowes L., Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: «much ado about nothing»? *Psychological Medicine*. 2010; 40 (5): 717-729. DOI:10.1017/S0033291709991383
- Всемирная организация здравоохранения. «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья». Буллинг (издательство, травля) среди подростков в Российской Федерации. *Информационный бюллетень по результатам исследования HBSC*. 2013/2014. 1-2. [World Health Organization. "Health behaviors of schoolchildren." Bullying among adolescents in the Russian Federation. *HBSC Study Newsletter*. 2013/2014. 1-2.] (In Russ)
- Волкова Е.Н., Цветкова Л.А., Волкова И.В. Методологические основания для разработки программ профилактики подросткового буллинга. *Сибирский психологический журнал*. 2019; 74: 88-100. [Volkova E.N., Cvetkova L.A., Volkova I.V. Methodological basis for the development of teenage bullying prevention programs. *Siberian Psychological Journal*. 2019; 74: 88-100.] (In Russ)
- Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. СПб: «Экспертные решения», 2017. 192 с. [Merinov A.V. The role and place of the phenomenon of autaggression in families of patients with alcohol dependence. SPb: «Ehksperthnye resheniya», 2017. 192 s.] (In Russ)
- Психологическое сопровождение детей, переживших насилие и жестокое обращение в семье: методическое пособие. Тамбов: Изд-во ТРОО «Бизнес-Наука-Общество», 2014. 46 с. [Psychological support for children surviving violence and abuse in the family. Methodical manual. Tambov: Publishing House of TROO "Business-Science-Society", 2014. 46 s.] (In Russ)
- Bernstein D.P., Ahluvalia T., Pogge D., Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychi-

- atric population. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1997; 36: 340-348. DOI: 10.1097/00004583-199703000-00012
13. Baker A.J., Maiorino E. Assessments of emotional abuse and neglect with the CTQ: Issues and estimates. *Children and Youth Services Review*. 2010; 32: 740-748.
 14. Katie A., Ports Ph.D. Adverse Childhood Experiences and Suicide Risk: Toward Comprehensive Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*. 2017; 53: 400-403.
 15. Norman R.E., Byambaa M., Butchart A., Scott J., Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012; 9 (11): 1-31. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001349
 16. Hoertel N., Franco S., Wall M.M., Oquendo M.A., Wang S., Limosin F. Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: a nationally representative study. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2015; 76 (7): 916-923.
 17. Dawes M., Chen C-C., Farmer T.W., Hamm J.V. Self-and Peer-Identified Victims in Late Childhood: Differences in Perceptions of the School Ecology. *Journal of Youth and Adolescence*. 2017; 46 (11): 273-228. DOI: 10.1007/s10964-017-0688-2

VICTIMS OF BULLYING: AN ANALYSIS OF EDUCATIONAL PATTERNS AND SUICIDOLOGICAL STATUS

A.V. Merinov, A.Yu. Alekseeva, E.R. Zavalova

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

Abstract:

In recent decades, the domestic lexicon has been enriched by such an important term as “bullying”. Bullying (abuse in a team) is a systemic psychological terror, bullying by a stronger group or individual over a weaker one for a long time. A significant part of publications on this topic is presented in the English-language segment. However, at the moment, the causes of this phenomenon remain unclear, and the consequences are not indicated sufficiently specific. Aims and objectives: to study the effect of bullying on auto-aggressive, and, in particular, on the suicidological profile of boys and girls, as well as the search for its possible predictors. Materials and methods: there were studied 123 girls (mean age 21.9±2.5 years) and 35 young men (mean age 22.4±2.7 years) who were systematically exposed to bullying. The control group included 126 girls and 30 young men of the corresponding age. As a diagnostic tool, a clinical and anamnestic questionnaire were used to identify autoaggressive patterns and their predictors in the past and present, the international ICAST-R questionnaire, a questionnaire for assessing adverse CTQ childhood experience. A comparison was made of all the studied characteristics in the subgroups. Mathematical data processing was performed using the SPSS-Statistics and Statistica 12 programs. Results: according to the data obtained, 45% of girls and 46% of boys were victims of bullying, of whom 5% of girls and 8% of boys experienced “regular bullying”, which generally indicates the widespread prevalence of this phenomenon. It is worth noting that girls and boys from the study group were more exposed to various types of violence (emotional, physical, sexual) in childhood relative to control groups. Also, some patterns of parenting were studied. Differences were identified with respect to the basic attitudes of a sense of security and protection in the family. The data obtained may indicate the formation of the position of the "chronic victim" familiar in the parental family. When assessing the suicidological characteristics of the studied groups, the following statistically significant indicators were identified. In the studied groups, more than 50% of girls and 48.5% of boys had thoughts about the possibility of committing suicide. 45.5% of girls and 42.8% of young men considered the method of committing suicide (26.1% and 10% in the control group); they drew up a suicide plan (24.3% of girls and 17.1% of boys against 8.7% and 0% of control, respectively), the presence of a suicide attempt in the anamnesis was reported for 18.7% of girls (in control – 7.1%). Conclusions: it can be assumed that bullying can be an “intermediate” stage, rooting and reinforcing the “I am not OK” position, as well as a factor catalyzing auto-aggressive behavior. The fact of bullying should be alarming in terms of the potentially high risk of auto-aggressive behavior and can, without a doubt, be attributed to predictors of suicidal behavior.

Keywords: bullying, bullying, dysfunctional parental family, auto-aggressive behavior, suicidal behavior

Вклад авторов:

A.V. Merinov: дизайн исследования и статьи, написание и редактирование текста рукописи;
A.Yu. Alekseeva: написание текста рукописи, редактирование текста рукописи
E.R. Zavalova: сбор материала, математическая обработка, написание текста рукописи.

Authors' contributions:

A.V. Merinov: developing the research design, article writing and editing;
A.Yu. Alexeeva: article writing and editing;
E.R. Zavalova: material collection, mathematical processing, article writing.

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 29.03.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.06.2020.

Для цитирования: Меринов А.В., Алексеева А.Ю., Завалова Е.Р. Жертвы буллинга: анализ воспитательных паттернов и суицидологического статуса. *Суицидология*. 2020; 11 (2): 33-41. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-33-41

For citation: Merinov A.V., Alekseeva A.Yu., Zavalova E.R. Victims of bullying: an analysis of educational patterns and suicidological status. *Suicidology*. 2020; 11 (2): 33-41. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-33-41

РОЛЬ КРИЗИСНОЙ ЛИНИИ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ. ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА

Н.Б. Семёнова

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

ROLE OF CRISIS LINE IN PROVIDING CARE TO INDIVIDUALS WITH SUICIDAL BEHAVIOR. OVERVIEW OF FOREIGN EXPERIENCE

N.B. Semenova

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

Информация об авторе:

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

Information about the author:

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

Цель исследования. Обзор посвящён анализу зарубежного опыта работы кризисных линий и современным методам оказания помощи лицам с суицидальным поведением. Материал и методы. Проведён систематический поиск на электронных ресурсах pubmed и medline за период с 2010 по 2020 годы с использованием ключевых слов: «suicide», «prevention», «telephone helpline», «hotline», «crisis line», «crisis helpline». За указанный период времени найдено 58 статей, соответствующих заявленной тематике. Результаты. Показано, что во многих странах экстренная психологическая помощь по телефону является одним из ведущих видов профилактики суицида. В то же время, в работе кризисных линий имеется ряд проблем, типичных для большинства стран. Основной проблемой является тот факт, что люди, нуждающиеся в антикризисной помощи, не всегда стремятся ее получить. В первую очередь, это относится к лицам, имеющим наиболее высокий риск суицида: пожилые люди, лица с психическими заболеваниями и суицидальными попытками в анамнезе. Кроме того, работа кризисных линий осложняется большим количеством звонков несуйцидальной направленности. Данные проблемы сужают фокус целевого антикризисного вмешательства и снижают эффективность профилактической помощи. В настоящее время в США и в ряде европейских стран накоплен определенный опыт, демонстрирующий, что работа телефонной службы может быть оптимизирована с учетом современных требований. Методы оптимизации включают правильное информирование населения о предоставлении услуг и привлечение телефонных линий к управлению рисками самоубийств. При информировании населения следует учитывать психологические и возрастные особенности лиц, относящихся к группам высокого риска: для пользователей интернет-ресурсов создавать веб-сайты соответствующей тематики, для лиц старшего возраста – использовать ресурсы традиционных средств массовой информации. Привлечение телефонных линий к управлению рисками самоубийств включает активный патронаж лиц, совершивших суицидальную попытку сразу после выписки из антикризисного стационара. Доказано, что такое сопровождение является гарантом непрерывности медицинской помощи, облегчает связь пациента с амбулаторной службой и предотвращает повторный суицид. Выводы. Привлечение телефонных линий к управлению рисками самоубийств – это современный, перспективный подход, который может быть успешно внедрен в практику телефонов доверия в нашей стране.

Ключевые слова: суицид, профилактика, горячая линия, кризисная линия, телефон доверия

Оказание экстренной помощи по телефону является одной из общедоступных и рекомендуемых стратегий предотвращения самоубийств во всех странах мира [1]. Кризисная, или горячая линия – это дистанционная служба экстренной психологической помощи, куда

Emergency telephone assistance is one of the commonly available and recommended suicide prevention strategies in all countries of the world [1]. A crisis line or hotline is a remote emergency psychological assistance service where people who are unable or un-

могут обратиться люди, не имеющие возможности или желания обращаться в другие структуры медико - психологической или социальной поддержки. Нередко на горячую линию звонят абоненты в состоянии острого психологического кризиса, стоящие перед выбором между жизнью и смертью. Поэтому горячая линия является стандартным видом помощи, основная клиническая цель которой заключается в уменьшении психологического стресса и риска суицида у обратившихся абонентов.

В России служба экстренной психологической помощи функционирует с 1982 г. как телефон доверия и является важным ресурсом для эмоциональной поддержки людей, переживающих острую кризисную ситуацию. В то же время, работу телефонов доверия в нашей стране можно усовершенствовать с учётом зарубежного опыта, что позволит повысить её эффективность.

Целью настоящего исследования явился обзор опыта работы кризисных телефонных линий в зарубежных странах.

Материал и методы.

Проведён систематический поиск научных статей, освещающих работу телефонных кризисных линий. Для поиска рецензируемой литературы были использованы электронные базы pubmed и medline и электронные ресурсы официальных государственных сайтов. Глубина научного поиска составила 10 лет, период поиска – с 2010 по 2020 годы. Поиск произведён с использованием ключевых слов: «suicide», «prevention», «telephone helpline», «hotline», «crisis line», «crisis helpline». За указанный период времени найдено 58 статей, соответствующих заявленной тематике, из них часть статей дублировалась. После систематизации полученных данных с учётом актуальности и удаления повторных публикаций, количество статей сократилось до 31. Далее был проведён предварительный анализ материала, после чего он разделен на шесть тематических разделов: «историческая справка», «требования к подготовке консультантов», «проблемы предоставления помощи», «информирование о предоставлении услуг», «оценка эффективности» и «управление рисками».

Историческая справка.

Созданная в начале прошлого века в Нью-Йорке священником Г. Уорреном, организация для моральной и психологической поддержки людей в состоянии суицидального кризиса, явилась прообразом современных кризисных линий, которые в дальнейшем приобрели широкую популярность во многих странах мира. Хорошо известно уникальное общественное движение добровольцев-непрофессионалов «Самаритяне», организованное американским викарием Ч. Варахой в 1953 году, внесшее значительный вклад в сокращение числа самоубийств в Британии [2]. В настоящее время экстренная психологическая помощь по телефону для лиц,

willing to contact other structures of medical, psychological or social support can turn to. Often, people who are calling the hotline are in a state of acute psychological crisis, facing a choice between life and death. Therefore, the hotline is a standard form of care, the main clinical goal of which is to reduce the psychological stress and risk of suicide among those contacting.

In Russia, the emergency psychological assistance service has been functioning since 1982 as a helpline and is an important resource for emotional support for people going through an acute crisis. At the same time, the work of helplines in our country can be improved taking into account foreign experience, which will increase its effectiveness.

The purpose of this study was to review the experience of crisis telephone lines in foreign countries.

Materials and methods.

A systematic search was carried out for scientific articles covering the work of telephone crisis lines. To search for peer-reviewed literature, we used pubmed and medline electronic databases and electronic resources of official state websites. The depth of scientific research covered 10 years with the search period was from 2010 to 2020. The search was carried out using the key words: “suicide”, “prevention”, “telephone helpline”, “hotline”, “crisis line”, “crisis helpline”. For the indicated period of time, 58 articles were found that corresponded to the declared topic, of which some of the articles were duplicated. After systematizing the data obtained, taking into account the relevance and deleting of repeated publications, the number of articles was reduced to 31. Next, a preliminary analysis of the material was carried out, after which it was divided into six thematic sections: “historical background”, “requirements for the preparation of consultants”, “Problems of providing assistance”, “information on the provision of services”, “performance evaluation” and “risk management”.

Historic background.

Created at the beginning of the last century in New York by Priest G. Warren, the organization for the moral and psychological support of people in a state of suicidal crisis was the prototype of modern crisis lines, which later became widely popular in many countries of the world. The unique social “Samaritans” movement of non-professional volunteers organized by the American vicar C.

подверженных риску суицидального поведения, существует в большинстве стран. В США, Великобритании, Южной Кореи, Японии и Китае телефонные линии функционируют под названием «горячие линии» или «кризисные линии» (hotline, crisis hotline, telephone crisis hotline, crisis line); в России, Бельгии, Канаде, Италии, Гонконге – «телефон доверия» (helpline, telephone helpline); в Австралии и Бангладеш – «кризисная помощь» (crisis helpline); в Тайване – «горячая линия по предотвращению самоубийств» (suicide prevention hotline).

До сих пор функционирует Горячая линия самаритян, оказывающая психологическую поддержку жителям Великобритании и Ирландии [3, 4], хотя на сегодняшний день имеется мнение, что морально-этические принципы самаритян в отношении суицида не всегда совпадают с государственной политикой в области предотвращения самоубийств [5]. Самаритяне уважают право абонента на решение добровольного ухода из жизни и не всегда сообщают о суицидальном риске в службу экстренного реагирования, в то время как сотрудники государственных служб при подозрении на суицид обязаны принимать экстренные меры, даже против воли суицидента.

Требования к подготовке телефонных консультантов.

Профессиональная квалификация сотрудников горячих линий в ряде стран, в том числе, в России, требует наличия высшего профессионального образования в области психического здоровья и специальной подготовки по суицидологии [6]. Однако исследования, проведенные в США и Канаде, показали, что специально обученные волонтеры справляются с задачей консультирования лиц, склонных к самоубийству, не хуже квалифицированных сотрудников [7]. Этот вывод основан на отзывах абонентов, обратившихся за помощью на кризисную линию и подтвердивших, что подготовленные добровольцы проявляют больше эмпатии и уважительного отношения к собеседнику [8]. Во многих странах волонтеры являются ценным ресурсом в работе кризисных телефонных линий. Показано, что непрерывное обучение и постоянный контроль, наряду с официальным поощрением со стороны государства, являются основными факторами мотивации добровольцев-непрофессионалов [9]. Кроме того, использование добровольцев, прошедших специальную подготовку, экономически более целесообразно. Поэтому во многих странах, в том числе, в Норвегии, Швеции, Канаде, в ряде штатов США, Италии, Ирландии, Британии и других, не предъявляется обязательных требований к наличию высшего профессионального образования [7, 9, 10].

Консультанты горячих линий работают в условиях ограниченного взаимодействия с клиентом, что обусловлено отсутствием визуального контакта и трудно-

Varaha in 1953 is well known for its significant contribution to reducing the number of suicides in Britain [2]. Currently there exists emergency phone counseling for people at suicidal behavior risk in most countries. In the USA, Great Britain, South Korea, Japan, and China, telephone lines operate under the names “hot lines” or “crisis lines” (hotline, crisis hotline, telephone crisis hotline, crisis line); in Russia, Belgium, Canada, Italy, Hong-Kong they are called “helpline” (helpline, telephone helpline); in Australia and Bangladesh they are named “crisis assistance” (crisis helpline); in Taiwan, it is the “suicide prevention hotline”.

The Samaritans Hotline is still functioning, providing psychological support to the residents of Great Britain and Ireland [3, 4], although today it is believed that the moral and ethical principles of Samaritans regarding suicide do not always coincide with state policy in areas of suicide prevention [5]. Samaritans respect the caller’s right to decide on a voluntary death and do not always report a suicidal risk to the emergency response service, while government officials are obliged to take emergency measures if they suspect a suicide, even against the will of the suicide attempter.

Requirements for telephone consultants training.

The professional qualifications of hotline employees in a number of countries, including Russia, require higher professional education in the field of mental health and special training in suicidology [6]. However, studies conducted in the USA and Canada showed that specially trained volunteers cope with the task of counseling suicidal individuals as well as qualified employees [7]. This conclusion is based on feedback from subscribers who asked for help on the crisis line and confirmed that trained volunteers show more empathy and respect for the caller [8]. In many countries, volunteers are a valuable resource in crisis telephone lines. It has been shown that continuous training and constant monitoring, along with official encouragement from the state, are the main factors of motivation of non-professional volunteers [9]. In addition, the use of volunteers who have undergone special training is more economically feasible. Therefore, in many countries, including Norway, Sweden, Canada, in some states of the USA, Italy, Ireland, Britain, and others, there are no mandatory requirements for higher professional education [7, 9, 10].

стями распознавания невербальных сигналов. Поэтому им необходимо ориентироваться на косвенные признаки, когда клиент прямо не высказывает свои суицидальные намерения. Наиболее важными признаками, позволяющими определить риск самоубийства, являются неустойчивое настроение, безнадежность и гнев [11]. Показано, что именно телефонные консультанты имеют наибольшую точность в определении суицидального риска, в сравнении с другими сотрудниками превентивных суицидальных служб. Это подтверждено исследованиями M.S. Karver и соавт. [12], которые изучали способы распознавания сигналов суицидального риска у американской молодёжи. Вопреки ожиданиям исследователей, у консультантов горячих линий был получен высокий уровень согласия, а их выводы наиболее точно прогнозировали суицид у молодых людей, позже его совершивших. Данные результаты указывают на то, что некоторые психологические техники из практики телефонного консультирования можно использовать для обучения сотрудников других служб по предотвращению самоубийств.

Проблемы предоставления помощи.

На сегодняшний день экстренная психологическая помощь по телефону является одной из общедоступных видов превенции суицида, однако не все люди, находящиеся в кризисной ситуации, стремятся её получить. Социологические исследования телефонных обращений на горячие линии показывают, что мужчины и пожилые люди звонят значительно реже, по сравнению с женщинами и молодёжью, хотя именно эти категории людей относятся к группам высокого риска [13]. Неожиданные, но важные факты, были получены Y. Ohtaki и соавт. при анализе звонков на горячие линии Японии [14, 15]. Авторы показали, что люди с неоднократными попытками самоубийства реже обращаются за помощью, по сравнению с лицами, у которых имеются только суицидальные мысли, из чего был сделан вывод о существовании некоего психологического барьера у лиц, входящих в группы высокого риска.

К группам высокого суицидального риска относятся также лица с психическими заболеваниями, особенно те, кто не обращается за лечением по разным причинам. Некоторые пациенты с психическими расстройствами впервые обращаются за помощью именно на горячую линию, поэтому горячая линия является одним из путей привлечения таких людей к лечению [9, 16, 17]. В задачи консультантов входит расширение связи абонентов со службами психического здоровья и облегчение взаимодействия с психиатрическими учреждениями. Положительные результаты такого взаимодействия продемонстрированы в проекте по предотвращению самоубийств «Invito alla Vita», который официально стартовал в Трентино (Италия) в конце 2008 года [9]. Наибольшая эффективность взаимодействия кризисных линий с психиатрическими учрежде-

Hotline consultants work in conditions of limited interaction with the client due to the lack of visual contact and difficulties in recognizing non-verbal signals. Therefore, they need to focus on indirect signs when the client does not directly express their suicidal intentions. The most important signs to determine the risk of suicide are unstable mood, hopelessness and anger [11]. It was shown that it is telephone consultants who have the greatest accuracy in determining suicidal risk, in comparison with other employees of preventive suicidal services. This is confirmed by M.S. Karver et al. [12], who studied methods for recognizing suicidal risk signals in American youth. Contrary to the expectations of the researchers, hotline consultants obtained a high level of agreement, and their findings more accurately predicted suicide in young people who later committed it. These results indicate that some psychological techniques from telephone counseling can be used to train other suicide prevention services.

Problems of providing assistance.

Today, emergency psychological help over the phone is one of the generally available types of suicide prevention, however, not all people in crisis situations seek it. Sociological studies of telephone calls to hotlines show that men and older people call much less often than women and younger people, although these categories of people belong to high-risk groups [13]. Unexpected but important facts were obtained by Y. Ohtaki et al. when analyzing calls to hotlines in Japan [14, 15]. The authors showed that people with repeated attempts at self-murder are less likely to seek help, compared with people who have only suicidal thoughts, these findings led to conclusion that there is a psychological barrier for people in high-risk groups.

High suicidal risk groups also include people with mental illness, especially those who do not seek treatment for various reasons. For the first time, some patients with mental disorders seek help calling the hotline, therefore the hotline is one of the ways to attract such people to treatment [9, 16, 17]. The consultants' tasks include expanding the communication of callers with mental health services and facilitating interaction with psychiatric institutions. The positive results of such interaction were demonstrated in the suicide prevention project "Invito alla Vita", which officially started in Trentino (Italy) at the end of 2008 [9]. The greatest effectiveness of the interaction of crisis lines with psychiatric

ниями отмечается при введении её в структуру лечебного учреждения [16].

На телефонные линии, помимо суицидальных звонков, часто поступают звонки несуицидальной направленности. Такого рода обращения, особенно если один и тот же абонент звонит много раз, часто представляют проблему для телефонных консультантов, которые стремятся достичь оптимальных результатов в рамках ограниченных ресурсов [18]. Это также может создавать проблему своевременного получения адресной или специализированной помощи для лица, остро нуждающегося в ней.

Информирование о предоставлении услуг.

Информирование населения о предоставлении услуг является одной из актуальных задач общественного здравоохранения в области превенции самоубийств. При информировании следует учитывать психологические особенности лиц, относящихся к группам высокого риска, чтобы сделать данную услугу более привлекательной для труднодоступных слоев населения. На современном этапе развития цивилизации наиболее эффективным способом являются интернет-уведомления, которые должны появляться при введении в поисковую систему любой информации, связанной с самоубийством. До сих пор оставался открытым вопрос об эффективности интернет-уведомлений в получении специализированной помощи, предоставляемой на специальных сайтах или телефонных линиях. Одно из последних исследований по изучению анонимных поисков о суициде в системах Bing и Google пользователями США, Великобритании, Гонконга и Тайваня, показало, что обычные информирования существенно образом не меняют поисковое поведение пользователя [19]. Пользователи обращаются к страницам с более высоким рейтингом, но нейтральным по отношению к самоубийству, либо к страницам с большим количеством антисуицидальной информации. Единственным фактором, оказывающим влияние на дальнейший поиск информации по предотвращению самоубийств, оказалось наличие большого количества антисуицидальных веб-страниц. Данное исследование продемонстрировало, что информирование населения должно проводиться с учётом особенностей поискового поведения пользователя. При этом необходимо следить за тем, чтобы информация была доступной, актуальной и постоянно обновлялась [20], только тогда будет ожидаемый результат.

Кроме того, имеется целый ряд людей, подверженных риску суицида, которые не пользуются интернетом. К ним, в первую очередь, относятся пожилые люди. Во многих странах признают, что привлечение пожилых к предоставлению государственных услуг по предотвращению самоубийств является непростой задачей, и именно горячая линия является наиболее доступным вариантом получения помощи. Для информи-

institutions is noted when it is introduced into the structure of a medical institution [16].

In addition to suicidal calls, non-suicidal calls often come to telephone lines as well. Such calls, especially if the same person calls many times, often pose a problem for telephone consultants who want to achieve optimal results within limited resources [18]. It can also create a problem of timely receipt of targeted or specialized assistance for a person in dire need of it.

Information on the provision of services.

Informing the public about the provision of services is one of the urgent tasks of public health in the field of suicide prevention. When informing, one should take into account the psychological characteristics of persons belonging to high-risk groups in order to make this service more attractive for hard-to-reach groups of the population. At the present stage of the development of civilization, the most effective way is Internet notifications, which should appear when any information related to self-murder is entered into the search engine. Until now, the question of the effectiveness of Internet notifications in obtaining specialized assistance provided on special sites or telephone lines has remained open. One of the latest studies on the study of anonymous suicide searches in Bing and Google by users in the USA, Great Britain, Hong Kong and Taiwan showed that regular informing does not significantly change the user's search behavior [19]. Users turn to pages with a higher rating, but neutral in relation to suicide, or to pages with a lot of anti-suicidal information. The only factor influencing the further search for suicide prevention information was the presence of a large number of anti-suicidal web pages. This study demonstrated that public awareness should be carried out taking into account the characteristics of the user's search behavior. At the same time, it is necessary to ensure that the information is accessible, relevant and constantly updated [20], only then the expected result will be obtained.

In addition, there are a number of people at risk of suicide who do not use the Internet. These primarily include older people. Many countries recognize that engaging older people in public suicide prevention is not an easy task, and it is the hotline that is the most affordable way to get help. For informing such persons, a "running line" posted on television showed a good result. However, it must be borne in mind that only the information that is relevant at the time of presentation is stored in

рования таких лиц хороший результат показала «бегущая строка», размещённая на телевидении. Однако надо иметь в виду, что в памяти потребителя сохраняется только та информация, которая является актуальной на момент предъявления [21], поэтому количество обращений на горячую линию резко возрастает в моменты работы рекламы и существенно сокращается при её отмене.

Оценка эффективности.

Одним из критериев, подтверждающих необходимость функционирования любой медицинской технологии, является оценка её эффективности. Экономическая эффективность горячих линий была продемонстрирована в Бельгии, где на основе метода математического моделирования, позволившего прогнозировать объем совокупных затрат и долю их в бюджетных расходах, была показана финансовая эффективность данного профилактического подхода [22]. Другим вопросом является оценка клинической эффективности, которую довольно сложно оценить вследствие невозможности дальнейшего наблюдения за абонентом и отсутствия четких оценочных критериев. Методические подходы, оценивающие исход проведенного вмешательства, в большинстве случаев направлены на анализ проксимальных результатов. Поэтому в настоящее время особо актуальным является поиск инновационных стратегий, позволяющих оценивать эффективность проведенного вмешательства и прогнозировать дальнейшее поведение суицидента [23-26].

Исследованиями M.S. Gould и соавт. [23], проведенными ранее в США, было показано, что одним из положительных прогностических критериев является уменьшение безнадежности и душевной боли в конце сессии, в то время как самым неблагоприятным признаком служит сохраняющееся желание умереть, несмотря на проведенное вмешательство. В настоящее время в некоторых странах применяется метод короткого анкетирования, который составлен с учётом вышперечисленных критериев. Примером такого метода оценивания является анкета, разработанная в Великобритании, которая включает всего несколько вопросов о психическом состоянии в начале и конце телефонной сессии [24]. Анкета позволяет получить обратную связь от абонента, оценить итоги беседы и прогнозировать дальнейший суицидальный риск. Метод короткого анкетирования зарекомендовал себя как успешный инструмент для оценивания кризисного вмешательства. Он не сложен в предъявлении, не требует дополнительных финансовых затрат, показал высокие результаты и был успешно интегрирован в рутинную практику телефонных линий Великобритании.

Управление рисками.

Традиционно роль кризисных *линий* ограничивалась деэскалацией суицидального конфликта и оказанием поддержки лицам с психическими заболеваниями

the consumer's memory [21], therefore, the number of calls to the hot line increases sharply at the time of advertising and significantly decreases when it stops.

Efficiency evaluation.

One of the criteria confirming the need for the functioning of any medical technology is the assessment of its effectiveness. The economic efficiency of the hotlines was demonstrated in Belgium, where the financial efficiency of this preventive approach was shown [22] using the method of mathematical modeling, which allowed predicting the total costs and their share in budget expenditures. Another issue is the assessment of clinical effectiveness, which is rather difficult to evaluate due to the impossibility of further monitoring of the caller and the lack of clear evaluation criteria. Methodological approaches that evaluate the outcome of an intervention are, in most cases, aimed at analyzing proximal results. Therefore, the search for innovative strategies to assess the effectiveness of the intervention and predict the future behavior of the suicide is particularly relevant at present [23-26].

Research by M.S. Gould et al. [23] conducted earlier in the USA showed that one of the positive prognostic criteria is a decrease in hopelessness and emotional pain at the end of the session, while the most unfavorable sign is the continuing desire to die, despite the intervention. Currently, in some countries, the short survey methodology is used, which is made on the basis of the above criteria. An example of such a method of assessment is a questionnaire developed in the UK, which includes only a few questions about the mental state at the beginning and end of a telephone session [24]. The questionnaire allows you to receive feedback from the caller, evaluate the results of the conversation and predict further suicidal risk. The short survey method has established itself as a successful tool for assessing crisis intervention. It is not complicated in presentation, does not require additional financial costs, has shown high results and has been successfully integrated into the routine practice of telephone lines in the UK.

Risk management.

Traditionally, the role of crisis lines has been limited to de-escalation of suicidal conflict and providing support to people with mental illness or psychological problems. However, crisis lines have a unique opportunity to provide help and support to people in the post-suicidal period [27]. This intervention is

или психологическими проблемами. Однако кризисные линии имеют уникальную возможность обеспечить помощь и поддержку людям в постсуицидальном периоде [27]. Такое вмешательство получило название «follow-up» и представляет собой активное сопровождение лиц после совершения суицидальной попытки. Смысл заключается в том, что после выписки из кризисного стационара пациенту даётся номер телефона горячей линии с просьбой позвонить на неё в течение первых 24 часов. Если раньше такие лица выписывались домой без какой-либо определённой помощи со стороны специалистов, то в настоящее время телефонное сопровождение может обеспечить поддержку суициденту в наиболее опасный период. «Follow-up» является гарантом непрерывности медицинской помощи, облегчает связь пациента с амбулаторной службой и предотвращает повторный суицид. В случае, когда суицидент не может или не хочет обеспечить собственную безопасность, когда у него отсутствует стратегия выживания, он не звонит на телефон или не отвечает на звонки, телефонные консультанты передают информацию о повторном суицидальном риске в районные службы экстренного реагирования.

Целесообразность использования *горячей линии* для сопровождения пациентов с суицидальным риском подтверждена В. Catanach и соавт. в пилотном проекте, который стартовал в 2015 г. в штате Колорадо, США [28]. Кризисная линия собирала информацию о пациентах и формировала статистику вызовов. Проект продемонстрировал хорошие результаты со средним показателем реферальных звонков 76%. Некоторые телефонные службы достигли 100% индекса реферала, что подчеркивает успешность и востребованность нового направления. Результативность метода были подтверждена ещё и тем, что лишь немногие участники проекта, совершившие суицид, сообщали о повторных попытках *самоубийства*. Около 80% пациентов сообщили о том, что вмешательство консультантов кризисных линий остановило их от последующей попытки самоубийства, а 90,6% высказались о том, что дальнейшая поддержка обеспечила их безопасность [29].

В США показана эффективность управления рисками по телефону для обеспечения безопасности детей и подростков [30]. Молодые люди, выписанные из отделения неотложной помощи после совершенного суицида, звонили консультанту горячей линии, успешность взаимодействия с которым оценивалась по продолжительности разговора и обмену информацией. Реферальный индекс среди подростков с суицидальным поведением составил 69%. Большинство звонивших подростков поделились с консультантом информацией об одной или нескольких стратегиях выживания.

Программа посткризисного сопровождения с привлечением ресурсов горячей линии внедрена во Франции под названием Vigilans [31]. Проект имеет регио-

called “follow-up” and is actively implemented after individual’s suicide attempt. The idea behind is that after discharge from the crisis hospital, the patient is given a hotline phone number with a request to call it within the first 24 hours. If earlier such persons were discharged home without any specific assistance from specialists, now telephone support can provide support to the suicide attempter in the most dangerous period. Follow-up is a guarantee of continuous care, it facilitates the patient’s communication with outpatient services and prevents another suicide attempt. In the case when the suicide attempter cannot or does not want to ensure their own safety, when they do not have a survival strategy, do not make a phone call or do not answer the phone, the telephone consultants transmit information about repeated suicidal risk to the local emergency response services.

The feasibility of using the hotline to accompany patients with suicidal risk is confirmed by B. Catanach et al. in a pilot project that started in 2015 in the state of Colorado, USA [28]. The crisis line collected patient information and generated call statistics. The project showed good results with an average referral rate of 76%. Some telephone services have reached 100% of the referral index, which underlines the success and relevance of the new direction. The effectiveness of the method was also confirmed by the fact that only a few project participants who committed suicide reported repeated suicide attempts. About 80% of patients reported that the intervention of crisis line consultants stopped them from a subsequent suicide attempt, and 90.6% said that further support ensured their safety [29].

In the United States, risk management by telephone has been shown to ensure the safety of children and adolescents [30]. Young people discharged from the emergency department after a suicide called a hotline consultant, the success of the interaction was assessed by the length of the conversation and the exchange of information. The referral index among adolescents with suicidal behavior was 69%. Most adolescent callers shared information about one or more coping strategies with a counselor.

A post-crisis support program involving hotline resources was introduced in France under the name Vigilans [31]. The project has a regional focus, its goal is to reduce the frequency of repeated suicide attempts both at the individual level (patients included in Vigilans) and at the population level (residents of

нальную направленность, целью его является уменьшение частоты повторных попыток самоубийств как на индивидуальном уровне (пациенты, включенные в Vigilans), так и на уровне населения (жители региона Норд-Па-де-Кале). При выписке из кризисного центра каждому пациенту выдаётся кризисная карта с номером телефона горячей линии, на которую он регулярно звонит на протяжении шести месяцев. Консультанты горячих линий оценивают состояние пациента в ходе беседы. В зависимости от состояния команда проводит соответствующие кризисные вмешательства.

Использование кризисных линий в управлении рисками самоубийств – это современный, многообещающий подход, и, по мнению телефонных консультантов, его несложно внедрить в повседневную практику.

Заключение.

Таким образом, зарубежный опыт показывает, что организацию работы на кризисных линиях можно модернизировать в соответствии с требованиями времени. Это касается рекламы предоставляемых услуг, которую необходимо составлять с учётом психологических особенностей современного потребителя. Это касается необходимости оценки эффективности работы кризисных линий, для чего можно использовать метод короткого анкетирования в конце каждой телефонной сессии.

Кроме того, горячие линии имеют уникальную возможность стать важным ресурсом для лиц, нуждающихся в помощи после совершения суицидальной попытки. Привлечение кризисных линий к управлению рисками – это современный, перспективный подход, который можно внедрить в повседневную практику российских телефонов доверия без существенных дополнительных затрат.

Литература / References:

1. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: ВОЗ, 2014. 102 с. [Suicide Prevention: A global imperative. Geneva: WHO; 2014, 102 p.] (In Russ)
2. Fox R. Suicide prevention in Great Britain. *Ment. Health Soc.* 1978; 4(1-2): 74-79.
3. Evans R. Samaritans Radar app. *Nurs. Stand.* 2014; 29 (15): 33.
4. Samaritans [Электронный ресурс / Electronic resource]. URL: <https://www.samaritans.org/how-we-can-help/contact-samaritan/> (дата обращения / date of the application: 03.04.2020 г.).
5. Mishara B.L., Weisstub D.N. Resolving ethical dilemmas in suicide prevention: the case of telephone helpline rescue policies. *Suicide Life Threat. Behav.* 2010; 40 (2): 159-69.
6. Приложение №40 к Порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. N 566н. [Appendix No. 40 to the Procedure for the provision of medical care for mental and behavioral disorders, approved by the order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of May 17, 2012 N 566н.] (In Russ)
7. Mishara B.L., Daigle M., Bardou C., et al. Comparison of the effects of telephone suicide prevention help by volunteers and professional paid staff: results from studies in the USA and Quebec, Canada. *Suicide Life Threat. Behav.* 2016; 46 (5): 577-87.
8. Coveney C.M., Pollock K., Armstrong S., et al. Callers' experiences of contacting a national suicide prevention helpline: report of an online survey. *Crisis.* 2012; 33 (6): 313-324.
9. Napoli W.D., Olaf A. The help-line "Invito Alla Vita": a new project for suicide prevention in Trentino Region. *Psychiatr. Danub.* 2014; 26: 144-147.
10. Vattø I.E., Lien L., DeMarinis V., et al. Caught Between Expectations and the Practice Field. *Crisis.* 2019; 40 (5): 340-346.
11. Hunt T., Wilson C., Caputi P., et al. Patterns of Signs That Telephone Crisis Support Workers Associate with Suicide Risk in Telephone Crisis Line Callers. *Int. J. Environ Res. Public Health.* 2018; 15 (2). pii: E235.
12. Karver M.S., Tarquini S.J., Caporino N.E. The judgment of future suicide-related behavior: helpline counselors' accuracy and agreement. *Crisis.* 2010; 31 (5): 272-280.
13. Shaw F.F., Chiang W.H. An evaluation of suicide prevention hotline results in Taiwan: caller profiles and the effect on emotional distress and suicide risk. *J. Affect Disord.* 2019; 244: 16-20.
14. Ohtaki Y., Oi Y., Doki S., et al. Characteristics of telephone crisis hotline callers with suicidal ideation in Japan. *Suicide & Life-threatening Behav.* 2016; 47 (1): 54-66.
15. Ohtaki Y., Doki S., Kaneko H., et al. Relationship between suicidal ideation and family problems among young callers to the Japanese crisis hotline. *PLoS One.* 2019; 14 (7): e0220493.
16. Shrivastava A.K., Johnston M., Stitt L., et al. Reducing treatment delay for early intervention: evaluation of a community based crisis helpline. *Ann. Gen. Psychiatry.* 2012; 11 (1): 20.
17. Bir S.C., Garg R., Bhargava R. Role of 24-hour telephonic helpline in delivery of mental health services. *Indian J. Med. Sci.* 2012; 66 (5-6): 116-125.

the Nord Pas de Calais region). Upon discharge from the crisis center, each patient is given a crisis card with a telephone number of the hotline, which they are expected to regularly call for six months. Hotline consultants evaluate the patient's condition during the conversation. Depending on the condition, the team conducts appropriate crisis interventions.

The use of crisis lines in suicide risk management is a modern, promising approach, and, according to telephone consultants, it is easy to implement it in everyday practice.

Conclusion.

Thus, foreign experience shows that the organization of work on crisis lines can be modernized in accordance with the requirements of the time. This applies to advertising services provided, which must be compiled with the account of psychological characteristics of the modern consumer. This concerns the need to assess the effectiveness of the crisis lines, and a short survey at the end of each telephone session can be used for such purpose.

In addition, the hotlines have a unique opportunity to become an important resource for people who need help after committing a suicide attempt. Attracting crisis lines to risk management is a modern, promising approach that can be implemented in the daily practice of Russian helplines without significant additional costs.

18. Spittal M.J., Fedyszyn I., Middleton A., et al. Frequent callers to crisis helplines: who are they and why do they call? *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2015; 49 (1): 54-64.
19. Cheng Q., Yom-Tov E. Do search engine helpline notices aid in preventing suicide? Analysis of archival data. *J. Med. Internet. Res.* 2019; 21 (3): e12235.
20. Ftanou M., Cox G., Nicholas A., et al. Suicide prevention public service announcements (PSAs): examples from around the world. *Health Commun.* 2017; 32 (4): 493-501.
21. Chan C.H., Wong H.K., Yip P.S. Exploring the use of telephone helpline pertaining to older adult suicide prevention: a Hong Kong experience. *J. Affect Disord.* 2018; 236: 75-79.
22. Pil L., Pauwels K., Muijzers E., et al. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *J. Telemed Telecare.* 2013; 19 (5): 273-281.
23. Gould M.S., Kalafat J., Harrismunfakh J.L., et al. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide Life Threat Behav.* 2007; 37 (3): 338-352.
24. Tyson P., Law C., Reed S., et al. Preventing suicide and self-harm. *Crisis.* 2016; 37 (5): 353-360.
25. Iqbal Y., Jahan R., Matin M.R. Descriptive characteristics of callers to an emotional support and suicide prevention helpline in Bangladesh (first five years). *Asian J. Psychiatr.* 2019; 45: 63-65.
26. Hoffberg A.S., et al. The effectiveness of crisis line services: a systematic review. *Front Public Health.* 2020; 7: 399.
27. Labouliere C.D., Stanley B., Lake A.M., et al. Safety Planning on Crisis Lines: Feasibility, Acceptability, and Perceived Helpfulness of a Brief Intervention to Mitigate Future Suicide Risk. *Suicide Life Threat. Behav.* 2020; 50 (1):29-41.
28. Catanach B., Betz M.E., Tvrdy C., et al. Implementing an Emergency Department Telephone Follow-Up Program for Suicidal Patients: Successes and Challenges. *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.* 2019; 45 (11): 725-732.
29. Gould M.S., Lake A.M., Galfalvy H., et al. Follow-up with Callers to the National Suicide Prevention Lifeline: Evaluation of Callers' Perceptions of Care. *Suicide Life Threat. Behav.* 2018; 48 (1): 75-86.
30. Busby D.R., King C.A., Brent D., et al. Adolescents' Engagement with Crisis Hotline Risk-management Services: A Report from the Emergency Department Screen for Teen Suicide Risk (ED-STARS) Study. *Suicide Life Threat. Behav.* 2020; 50 (1): 72-82.
31. Duhem S., Berrouguet S., Debien C., et al. Combining brief contact interventions (BCI) into a decision-making algorithm to reduce suicide reattempt: the Vigilans study protocol. *BMJ Open.* 2018; 8 (10): e022762.

ROLE OF CRISIS LINE IN PROVIDING CARE TO INDIVIDUALS WITH SUICIDAL BEHAVIOR. OVERVIEW OF FOREIGN EXPERIENCE

N.B. Semenova

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

Abstract:

Aim of the study. This review is devoted to the analysis of foreign experience of telephone crisis lines and modern methods of providing assistance to people with suicidal behavior. **Materials and methods.** A systematic search was conducted on PubMed and MedLine electronic resources in search of reviews published during the period from 2010 to 2020. The following keywords were used to conduct the search: "suicide", "prevention", "telephone helpline", "hot line", "crisis line", "crisis helpline". For the indicated period, 58 articles were found to correspond with the declared subject. **Results.** It has been shown that in many countries emergency psychological help over the phone is one of the leading types of suicide prevention. At the same time, there are a number of problems that are typical to most countries. The number one problem is the fact that people who need anti-crisis assistance do not always seek to receive it. First of all, this refers to people who have the highest risk of suicide: elderly people, people with mental illness and a history of suicidal attempts. In addition, the work of crisis lines is complicated by a large number of non-suicidal calls. These problems narrow the focus of targeted anti-crisis intervention and reduce the effectiveness of preventive care. Currently, the United States and European countries have accumulated certain work experience that demonstrates that the telephone service can be optimized to meet modern requirements. Optimization methods include proper informing of the population about the provision of services and the involvement of telephone lines to manage suicide risks. When informing the population, the psychological and age-related characteristics of people belonging to high-risk groups must be taken into account: to create websites of relevant topics for users of Internet resources, but to keep using the resources of traditional media for older people. Involving telephone lines in suicide risk management includes the active patronage of individuals who have made a suicide attempt immediately after being discharged from a crisis hospital. It is proved that such activity is the guarantor of the continuity of medical care, facilitates the patient's communication with outpatient services and prevents re-suicide. **Conclusions.** Employing telephone lines to suicide risk management is a modern, promising approach that can be successfully implemented in the practice of telephone helplines in our country.

Keywords: suicide, prevention, hotline, crisis line, helpline

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: 26.04.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 11.06.2020.

Для цитирования: Семёнова Н.Б. Роль кризисной линии в оказании помощи лицам с суицидальным поведением. Обзор зарубежного опыта. *Суицидология.* 2020; 11 (2): 42-50. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-42-50

For citation: Semenova N.B. Role of crisis line in providing care to individuals with suicidal behavior. Overview of foreign experience. *Suicidology.* 2020; 11 (2): 42-50. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-42-50

ЛЮДЯМ, СОВЕРШИВШИМ ПОПЫТКУ САМОУБИЙСТВА, НУЖНА ОСОБАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

К. Michel

Бернский университет, Университетская психиатрическая и психотерапевтическая больница, г. Берн, Швейцария

PEOPLE WHO ATTEMPT SUICIDE NEED A SPECIFIC THERAPY

К. Michel

University of Bern, Switzerland

Информация об авторе:

Michel Konrad – врач-психиатр, почётный профессор (Researcher ID: AAO-5546-2020; ORCID iD: 0000-0003-0725-5383;). Место работы и должность: почётный профессор Бернского университета, Университетской психиатрической и психотерапевтической больницы. Адрес: 3008, Швейцария, г. Берн, Муртенштрассе, 21. Электронный адрес: konrad.michel@upd.unibe.ch

Information about the authors:

Michel Konrad – MD, Professor Emeritus, Psychiatrist (Researcher ID: AAO-5546-2020; ORCID iD: 0000-0003-0725-5383;). Affiliation: University of Bern, Switzerland. Work address: University Hospital of Psychiatry and Psychotherapy, Murtenstrasse 21, 3008 Bern, Switzerland. Email: konrad.michel@upd.unibe.ch Websites: <http://www.konradmichel.ch/>, <https://assip.ch/>

Попытка суицида – главный фактор риска для повторных попыток суицида и смерти вследствие самоубийства. Пока лишь немногие терапевтические программы успешно и эффективно снижают суицидальный риск людей после попытки. В статье утверждается, что традиционная медицинская модель суицидального поведения не помогает активной вовлечённости пациентов в лечение, и потому нам нужен иной подход к суицидальному пациенту. Наша исследовательская команда разработала и оценила новую, краткосрочную и весьма рентабельную терапевтическую программу (краткая программа интервенции после попытки самоубийства, ASSIP). В противоположность медицинской модели, которая понимает суицид как последствие психической болезни, модель ASSIP основана на понимании суицида как личного поступка, который можно внимательно изучить в сотрудничающем терапевтическом подходе. Подход с позиций теории поступка радикально центрирован на пациенте, он понимается как агент, деятель своего суицидального поступка. Подход поддерживает активную вовлечённость пациентов в терапию. Главный её элемент – собственный нарратив пациента, который помещает суицидальную попытку в биографический контекст. С помощью терапевта суицидальный кризис может быть понят, объяснён и переосмыслен. ASSIP была оценена в рандомизированном контролируемом исследовании с 120 участниками. После 24 месяцев врачебного наблюдения экспериментальная группа имела сниженный на 80% показатель повторных суицидальных попыток. Статья объясняет теоретические обоснования и развитие ASSIP, а также представляет обзор сессий ASSIP и обсуждение лечебных факторов терапевтического процесса.

Ключевые слова: попытка суицида, превенция суицидов, психотерапия, терапевтический альянс, рандомизированное контролируемое исследование

1. Введение.

Статья предлагает обзор новой краткосрочной терапевтической программы для пациентов, которые совершают попытку самоубийства, краткой программы интервенции после попытки самоубийства (Attempted Suicide Short Intervention Program, ASSIP). Лечебная модель ASSIP возникла из наблюдения, что между медиками и суицидальными пациентами наблюдается серьёзное нарушение коммуникации: собственные представления пациентов о суициде и представления

1. Introduction.

This article will give an overview of a brief and novel therapy program for patients who attempt suicide, the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). The ASSIP treatment model originated from the insight that there are serious communication problems between suicidal patients and health professionals: The patients' own concepts of suicide and the concepts of professional helpers do not match. Yet, a meaningful therapeutic

профессионалов не сходятся. Однако осмысленная терапевтическая беседа требует двух участников общения, которые имеют точки соприкосновения. Медицинские работники и суицидальные пациенты не понимают друг друга, говорят на разных языках: это настоящий синдром Вавилонской башни.

ASSIP основана на представлении о суициде как о поступке в противовес медицинской модели, в которой суицид рассматривается как симптом психиатрического расстройства. В теории поступка предполагается, что действия человека определяются системами целеполагания высшего порядка – проектами и жизненными целями. В модели теории поступка пациенты рассматриваются как агенты, авторы своих поступков, у которых есть свои личные причины для суицидального поведения. Терапия концептуализируется как пациент-ориентированный и сотрудничающий процесс, нацеленный на достижение общего, разделяемого обеими сторонами понимания суицидального кризиса пациента. ASSIP – это краткосрочная терапия из трёх сессий на основе руководства, разработанная для максимизации вовлечённости пациента в лечение и налаживание терапевтического альянса. Эта новая терапевтическая модель была разработана за последние 25 лет в Университетской психиатрической больнице г. Берна в Швейцарии. Эффективность ASSIP была проверена в рандомизированном контролируемом исследовании, опубликованном в 2016 году, и показала снижение риска повторных суицидальных попыток на 80% за 24 месяца. Сейчас проводится несколько повторных исследований, и команды в Европе, США и Азии успешно используют ASSIP в клинической практике.

2. Недостатки медицинской модели.

Главная проблема реабилитации пациентов, которые попадают в систему здравоохранения после попытки самоубийства, заключается в том, что примерно 50% таких пациентов не приходят на приём к врачу или преждевременно отказываются от лечения [1-4]. На это есть несколько причин. Одна из них: после получения скорой медицинской помощи в стационаре, допустим, после самоотравления, многие пациенты желают вернуться к обычной жизни, избегая любых напоминаний о суицидальном кризисе. Вторая причина: большинство людей, когда вспоминают о суицидальном кризисе, описывают диссоциативные симптомы суицидального поведения, например: «Я был в тот момент сам не свой» или «Я действовал будто на автопилоте». Таким людям трудно интегрировать акт самоповреждения в повседневную жизнь, а потому они избегают дальнейшего общения о нём. Третья причина: суицидальные люди редко ощущают, что медицинские работники их

tic discourse needs two protagonists who can share a common ground. Health professionals and suicidal patients do not understand each other, they speak different languages – a true *Tower of Babel syndrome*.

ASSIP is based on the concept of suicide as an action, in contrast to the medical model, in which suicide is seen as a symptom of a psychiatric disorder. In action theory, a person's actions are understood as being determined by higher-order goal-oriented systems, such as projects and life-goals. In an action-theoretical therapy model, patients are seen as the agents of their actions, who have their personal reasons for their suicidal behaviour. Therapy is conceptualized as a patient-oriented and collaborative process aimed to reach a shared understanding of the patient's suicidal crisis. ASSIP is a brief, manual-based three-session therapy, devised to maximize treatment engagement and therapeutic alliance. This novel therapy model has been developed over the past 25 years at the University Hospital of Psychiatry in Bern, Switzerland. The effectiveness of ASSIP has been tested in a randomized controlled study published in 2016, showing an 80% reduction of the risk of suicide reattempts over 24 months follow-up. Several replication studies are currently on the way, and teams in Europe, USA, and Asia have been trained, and are successfully using ASSIP in clinical practice.

2. The problem with the medical model.

One of the main problems in the aftercare of patients who enter the medical system because of a suicide attempt is that some 50% of them do not attend a follow-up appointment, or drop out of treatment prematurely [1-4]. There are several reasons accounting for this. One of them is that after recovery from the intervention on the medical emergency unit, for instance after an overdose, many patients want to return back to normal life, avoiding further confrontation with their suicidal crises. A second reason is that most people, when in retrospect talking about it, describe dissociative symptoms in the moment of the suicidal behaviour, such as “I was not myself in this moment”, or “I was acting like in an auto-pilot mode”. These people find it difficult to integrate the act of self-harm into everyday life and therefore tend to avoid further confrontation. A third reason is that suicidal people rarely feel understood by health professionals, who usually conceptualize suicidal behaviour as a consequence of a psychiatric disorder.

понимают, ведь обычно они осмысливают суицидальное поведение как последствие психиатрического расстройства. Медицинская подготовка снабжает медиков навыками распознавания патологии и диагностики соматических и психиатрических расстройств, но обычно не даёт им полезных моделей для понимания очень личного психологического опыта суицидального человека. Суицидальные пациенты постоянно сообщают, что медики их игнорируют, и воспринимают психиатрическую помощь как не полезную [5]. Любопытно, что одновременно некоторые пациенты замечают, что медсестры и социальные работники оказываются для них более полезны, чем доктора [6].

Следующая цитата взята из сообщения пациента о скоропомощном стационаре:

«Я очень злился, что они продолжали меня спрашивать, собираюсь ли я повторить попытку. Их не интересовали мои чувства. Жизнь не столь прямолинейна, и, если честно, я не мог сказать, повторю я попытку или нет. Однако мне было ясно, что я не мог достаточно доверять этим врачам, чтобы откровенно беседовать с ними о себе».

Медицинская модель предполагает, что суицид является последствием психиатрического расстройства, чаще всего, депрессии. Проблема медицинской концептуализации суицидального поведения заключается в том, что она основана на «линейной модели», то есть, как и в моделях соматических заболеваний, она предполагает каузальную патологию и цепочку биологических и функциональных изменений, ведущих к специфическим симптомам, требующим специфического лечения. Связь между психической болезнью и суицидальным поведением основана на классических ретроспективных исследованиях, которые обнаружили типичные симптомы психиатрических диагнозов в более чем 90% суицидов [7-9]. Однако эта модель суицидального поведения ошибочно воспринимает факторы риска в качестве причинных факторов. Хотя психиатрические диагнозы, без сомнения, – важные факторы риска суицида [10], такая модель показала весьма ограниченные способности снижать суицидальное поведение на популяционном уровне [11, 12]. Несмотря на достижения фармакотерапии в лечении психиатрических расстройств, за последние десятилетия не наблюдается общего снижения уровня суицидов [13]. В традиционном медицинском подходе суицидальный человек – это пассивное существо, ведомое психиатрическим расстройством, а не человек с индивидуальной биографией, собственным внутренним миром, эмоциональной жизнью, жизненными целями и уязвимыми местами.

Очевидно, что нам нужно выйти за пределы медицинской модели, интегрировать другие аспекты суици-

Medical training equips health professionals with the skills to detect pathology and to diagnose somatic and psychiatric disorders, but it does not usually provide helpful models to understand the very personal psychological experience of the suicidal individual. Suicidal patients have repeatedly reported to feel ignored by health professionals, and to experience mental health care as unhelpful [5]. Interestingly, some of them said that nurses and social workers had been more helpful than doctors [6].

The following quote is from a patient on a crisis unit:

“I got very angry when they kept asking me if I would do it again. They were not interested in my feelings. Life is not such a matter-of-fact thing and, if I was honest, I couldn't say if I would do it again or not. What was clear to me was that I could not have enough trust in any of these doctors to really talk openly about myself.”

The medical model assumes that suicide is a consequence of a psychiatric disorder, above all, depression. The problem with the medical conceptualization of suicidal behaviour is that it is based on a “linear model”, that is, similar to somatic illness models, it assumes a causal pathology and a chain of biological and functional changes leading to specific symptoms, and finally to an illness-specific treatment. The association between mental illness and suicidal behavior is based on the classical retrospective studies which found the typical symptoms a psychiatric diagnosis in over 90% of suicides [7-9]. This model of suicidal behavior, however, mistakes risk factors for causal factors. Although psychiatric diagnoses are undoubtedly important risk factors for suicide [10], the illness-based model has shown a very limited potential to reduce suicidal behaviour on a population level [11, 12]. Despite new developments in the pharmacotherapy of psychiatric disorders, there has been no general downwards trend in suicide rates over the last decades [13]. In the traditional medical approach, the suicidal person is a passive entity, driven by a psychiatric disorder, not a person with an individual biography, with her or his own inner world, with an emotional life, with life goals, and vulnerabilities.

Obviously, we need to look beyond the medical model, and integrate other aspects of suicidal behaviour [14, 15]. In order to engage the suicidal person in a therapeutic process and treatment engagement, the therapist's aim must be to *understand* the

дального поведения [14, 15]. Чтобы вовлечь суицидального пациента в терапевтический процесс и лечение, психотерапевт должен быть способен *понять* внутренний, субъективный опыт собеседника. Психотерапевтические исследования показали, что обязательным условием вовлечённости в лечение является человекоцентрированная и смысловая модель лечения. В этом смысле, не депрессия – даже если она присутствует как фактор риска (и требует адекватного лечения!) – но сам человек является агентом суицидального поведения. Эффективные терапии фокусируются на индивидуальном, человеко-центрированном понимании суицида и суицидальных побуждений, например, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), диалектико-поведенческая терапия (ДПТ) и краткая программа интервенции после попытки суицида (ASSIP). Главные составляющие этих терапевтических моделей: (1) терапевтические отношения и раппорт (альянс); (2) активная вовлечённость пациентов в лечение, и (3) терапевтическое сотрудничество, направленное на достижение общей цели.

3. Терапевтический альянс с суицидальным пациентом.

Терапевтические отношения жизненно необходимы для эффективного лечения суицидальности. Лучшие методы, безошибочно применённые в нужное время, имеют ограниченную ценность (а то и вовсе никакой), если не существует адекватных терапевтических отношений и лечебного альянса [16].

Главный вызов в терапии суицидальных пациентов заключается в том, что терапевт должен быть аффективно созвучен суицидальному опыту пациента. Одна из главных трудностей для терапевта – способность проявить эмпатию к суицидальному желанию пациента и избежать попыток отговаривать пациента от них. Психотерапия с суицидальными пациентами может вызывать сильные реакции контрпереноса, включая сильные чувства гнева, безнадёжности и желания избежать общения. И все же искренняя попытка терапевта понять и принять субъективный опыт пациента, не пытаясь усомниться в нём, является определяющей для того, чтобы пациент смог справиться с душевной болью, даже если в суицидальном кризисе эта боль представляется невыносимой. А практика установления контакта (например, контактирование с пациентами, которые пропускают приём, по телефону или непосредственное их посещение на дому) увеличивает вовлечённость в лечение [17, 18].

Эмпатичный терапевт сообщает вербально и невербально, что переживания пациента, включая суицидальность, понятны ему в контексте текущего и прошлого опыта собеседника. Терапевт, который фунда-

person's subjective inner experience. Psychotherapy research has shown that a prerequisite for treatment engagement is a person-centred and meaningful treatment model. In this view it is not depression – even if present as risk factor (requiring adequate treatment!) – but the person who is the agent of the suicidal behaviour. Effective therapies focus on an individual, person-centered understanding of suicide and suicidal impulses, for instance, cognitive behavior therapies (CBT), Dialectical Behavior Therapy (DBT), and the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). Key issues in these therapy models are (1) the therapeutic relationship and alliance, (2) active treatment engagement of the patients, and (3) the collaborative therapeutic work towards a common goal.

3. Therapeutic alliance with the suicidal patient.

The therapeutic relationship is vital to effective treatment of suicidality. The best techniques applied without error at precisely the right time are of limited, if any, value when an adequate therapeutic relationship and treatment alliance does not exist [16].

A major challenge in therapy with suicidal patients is that the therapist must be affectively attuned to the patient's suicidal experience. One of the most difficult aspects is the therapist's ability to show empathy for the patient's suicidal wish and to refrain from trying to talk the patient out of it. Psychotherapy with suicidal patients may evoke strong countertransference reactions, including intense feelings of anger, helplessness and the urge to withdraw. Yet the therapist's genuine effort to understand and accept the patient's subjective experience, without attempting to question it, is crucial to the patient's capacity to cope with mental pain, even if in the suicidal crisis the pain appears to be unbearable. Outreach elements (e.g., contacting patients who miss appointments, by telephone or home visits) will increase treatment engagement [17, 18].

The empathic therapist communicates verbally and non-verbally that the patient's affective experience, including suicidality, is understandable in the context of the patient's current and past experiences. The therapist who validates patients in a fundamental way demonstrates the belief that the patient has the capacity to learn to bear these feelings and to revert to non-suicidal goals [19]. The goal must be to enable the patient to cope with emotional crises and increase self-

ментальным образом валидизирует (признаёт значимость опыта) пациента, обладает способностью научить переносить эти переживания и переключаться на несуйцидальные цели [19]. Целью его должна стать помощь пациенту в совладании с эмоциональными кризисами и усиление его самоэффективности.

Хотя терапевтический альянс считается ключевым элементом терапии суйцидальности, главные характеристики могут отличаться в зависимости от терапевтической модели. Например, в когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) терапевт и пациент работают сообща, исследуя базовые убеждения и автоматические мысли пациента, чтобы сформировать индивидуальные цели (зачастую с помощью домашних заданий) [20]. Упор при этом делается на сотрудничестве и совместном исследовании «суйцидальной системы убеждений» человека, которая включает триггеры, физические симптомы и связанное с суйцидом поведение [21]. Терапевт – это активный и вовлечённый эксперт, который фокусируется на управлении симптомами (разрешении кризисов), построении навыков и личностном развитии [16]. Сотрудничающий эмпиризм понимается как способ сообщения эмпатии и, одновременно, веры в пациента [22]. Некоторые авторы рекомендуют использовать терапевтический контракт, в который обычно входит согласие пациента посещать сессии и участвовать в них, работать на достижение лечебных целей, выполнять домашние задания и активно участвовать в других элементах лечения, чтобы лучше справляться с суйцидальными кризисами. M.D. Rudd и коллеги [23] определили общие элементы эффективного лечения, которые они вычленили из обзоров доступных рандомизированных клинических исследований лечения суйцидальности. Один из таких элементов – обеспечение пациентов простыми и понятными моделями их суйцидальности. Второй элемент – зарождение надежды, которая, как предполагается, имеет позитивные последствия для мотивации, приверженности лечению и способствует общему согласию с курсом лечения (комплаентности).

В диалектико-поведенческой терапии (ДПТ) терапевтический альянс строится на активной вовлечённости терапевта в терапевтические отношения [24]. В ДПТ роль терапевта характеризуется, с одной стороны, принятием внутреннего опыта пациента в данный момент, а с другой – подталкиванием пациента к смене дезадаптивных поведенческих схем [25]. ДПТ терапевт регулярно справляется о суйцидальных побуждениях и действиях пациента. Привязанность пациента к терапевту рассматривается как привязанность к жизни в более широком смысле. Отношения с ДПТ терапевтом – это возможность «научиться лучше строить отноше-

efficacy.

Although therapeutic alliance is considered a key element in the treatment of suicidality, the main characteristics may differ according to the therapeutic model. For instance, in cognitive behavioural therapy (CBT), therapist and patient work together, exploring the patients' core beliefs and automatic thoughts, in order to develop individual (often homework-based) goals [20]. The emphasis is on the collaborative exploration of a person's "suicidal belief system", which includes triggers, physical symptoms, and suicide-related behaviours [21]. The therapist is an active and engaged expert, focusing on symptom management (crisis resolution), skill building and personality development [16]. Collaborative empiricism is understood as a way of conveying empathy and, at the same time, competence to the patient [22]. Some authors recommend the use of a therapeutic contract, which usually includes the patient's agreement to attend and participate in the sessions, work toward achieving the treatment goals, complete homework assignments, and actively participate in other aspects of treatment in order to better manage their suicidal crises. M.D. Rudd et al. [23] identified common elements of effective treatments, distilled from a review of available randomised clinical trials targeting suicidality. One such element is providing patients with simple and understandable models for their suicidality. A second element is facilitating hope, which is expected to have positive implications in motivation, commitment and overall treatment compliance.

In Dialectical Behavioural Therapy (DBT) the therapeutic alliance is built on the therapist's active engagement in the therapeutic relationship [24]. In DBT the therapist's role is characterised by the tension between accepting the patient's inner experience at a given moment, and simultaneously pushing the patient towards changing maladaptive behavioural patterns [25]. The DBT therapist regularly enquires about suicidal urges and behaviour. The patient's attachment to the therapist is seen as an attachment to life in a broader sense. The relationship with the DBT therapist is an opportunity to "learn to do relationships better." Furthermore, the therapeutic relationship is a characteristic of the central dialectic of DBT (i.e., the ongoing expression of acceptance on the part of the therapist towards the patient) and is seen as a

ния». Более того, терапевтические отношения характеризуют главную диалектику ДПТ (то есть постоянное выражение принятия пациента терапевтом) и рассматриваются как мощный двигатель изменений. Стратегии валидации (признания опыта пациента) необходимы для снижения эмоционального возбуждения, когда пациент оказывается в состоянии высокого стресса [26]. Поскольку эмоциональное возбуждение мешает когнитивному осмыслению и деятельности в целом, пациенту необходимо обрести эмоциональную регуляцию, чтобы осмысливать новую информацию и делать сотрудничество максимально эффективным.

В подходе CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality), коллаборативной оценке и управлении суицидальностью [27], альянс достигается через вовлечённость суицидального пациента в качестве активного участника оценивания своего суицидального риска и его сотрудничество как соавтора в антисуицидальном плане лечения. Взгляд пациента – абсолютный «золотой стандарт» оценки его суицидального риска. Фокус «Формы суицидального статуса» (ФСС), в первую очередь, направлен на душевную боль и страдание пациента. Терапевт служит консультантом, тренером, соавтором в плане лечения. Эффективность CAMS показана D.A. Jobes и его коллегами [28].

4. Новый подход к суицидальному пациенту.

Самую очевидную грань суицида часто не замечают: суицид – это действие, поступок. Теория поступка рассматривает действия как поступки, которые выполняют деятели (агенты, авторы), то есть люди, которые ставят цели, замышляют планы, отслеживают и регулируют своё поведение, мысли и эмоции для достижения этих целей [29, 30]. Теория целенаправленного поступка тесно связана с понятием саморегуляции [31]. Поступки связаны с системами целеполагания высшего порядка, которые формируются личностью и жизненной историей человека. В первом исследовании случая мы концептуализировали суицидальное поведение, используя модель теории поступка [32]. Мы показали, что суицид появляется как альтернативная цель по отношению к жизнеориентированным целям, когда в жизни человека возникает серьёзная угроза важным карьерным задачам или его идентичности. Последствием становится состояние эмоционального стресса с сильной душевной болью. В суицидальном кризисе долгосрочные перспективы теряют смысл, человек становится подвержен крайне краткосрочным целям, чья задача – положить конец невыносимому душевному состоянию. Суицид часто понимается как бегство от «Я» [33]. Смертеориентированные цели переживаются как эго-синтонные, и в этом для человека видится

powerful agent for change. Validation strategies are crucial in reducing emotional arousal when a patient presents in a state of high distress [26]. Because emotional arousal interferes with cognitive processing and performance, the patient should be emotionally regulated to process new information in order to make the collaborative work maximally effective.

In CAMS, the Collaborative Assessment and Management of Suicidality [27] alliance is achieved by engaging the suicidal patient as an active participant in the assessment of the suicidal risk and by collaborating with the patient as a co-author of the suicide-specific treatment plan. The patient's view is the absolute "gold standard" for risk assessment. The focus of the Suicide Status Form (SSF) is primarily on the patient's psychological pain and suffering. The therapist serves as a consultant, coach, and co-author. The effectiveness of CAMS has been demonstrated by Jobes and colleagues [28].

4. A novel approach to the suicidal patient.

The most obvious facet of suicide is often overlooked: Suicide is an action. Action theory understands actions as being carried out by agents, that is by persons who are setting goals, making plans, monitoring and regulating their own behaviour, thoughts, and emotions in the pursuit of their goals [29, 30]. The theory of goal-directed action is closely related to the concept of self-regulation [31]. Actions are related to higher-order goal-directed systems, which are shaped by a person's personality and biography. In a first case study we conceptualized suicidal behaviour using an action theoretical model [32]. We showed that suicide emerges as an alternative goal to life-oriented goals when in a person's life important life career issues or identity goals are seriously threatened. The consequence is a state of emotional stress with high psychological pain. In a suicidal crisis, long-term perspectives lose their meaning, the individual becomes subject to extreme short-term goals, aimed to put an end to this unbearable state of mind. Suicide has been conceptualised as escape from Self [33]. Death-oriented goals are experienced as ego-syntonic, as there is an inner logic for the person concerned.

An action conceptualization implies that the way people make sense of the actions of others, and the way people communicate their own actions is through story telling. The term narrative is used when the story is told to an

внутренняя логика.

Концептуализация с позиции теории поступка подразумевает, что то, как люди осмысляют поступки других и сообщают о своих собственных поступках, происходит посредством рассказывания историй. Понятие «нарратив» используется, когда история рассказывается внимательному слушателю, придающему смысл событиям, чтобы объяснить логику конкретных действий. Связный автобиографический нарратив (рассказ) сам по себе создает чувство овладения ситуацией и усиливает эмоциональную стабильность [34]. Также это прототип разделяемого опыта, или совместного проекта, позволяющего пациенту генерировать альтернативные перспективы.

«Когда нам удаётся сформулировать правильную историю, и её выслушивает правильным образом правильный слушатель, мы оказываемся способны эффективнее справиться с опытом» [35].

Пациент и терапевт вместе фокусируются на разделяемом аспекте субъективности. Подлинно нарративный подход требует новых определений ролей пациента и терапевта. В нарративном подходе пациент – «эксперт» своей суицидальной истории, а терапевт пребывает в «незнающей позиции», в то время как в психиатрической оценке психического состояния пациента терапевт оказывается экспертом. В «Руководстве для клиницистов», сформулированном Рабочей группой Эши [36] подчеркивается, что «главной целью должно быть вовлечение пациента в терапевтические отношения уже с первой оценочной беседы». В самом деле, несколько исследований показали, что *ранний* терапевтический альянс – ведущий фактор терапевтического результата [37, 38]. Например, в краткосрочной терапии депрессии рано сформировавшиеся положительные терапевтические отношения предсказывали лучшую психосоциальную адаптацию пациентов спустя 18 месяцев [39].

Слушатель вступает в хронотоп, который конструирует рассказчик, помогает ему вести рассказ, а потому нарратив становится совместным творчеством в соответствии с правилами взаимодействия и разделяемого знания. Хорошая нарративная беседа учитывает все значимые факты, осмысляет опыт и не стигматизирует, и ощущается как достоверная и надёжная и клиницистом, и пациентом. Клиническим результатом нарративной беседы часто становится новая история с новым финалом. Особое влияние должно уделяться жизнеориентированным целям пациента, которые в суицидальном кризисе могут подвергаться экзистенциальным угрозам. Хотя в суицидальном кризисе восприятие настоящей ситуации и себя может быть окрашено подавленным настроением и мрачными размышлениями,

attentive listener, giving meaning to events, in order to explain the logic of a specific action. A coherent autobiographical narrative in itself creates a sense of mastery and enhances emotional stability [34]. It is also the prototype of a shared experience, or joint project, allowing the patient to generate alternative perspectives.

“When we are able to formulate the right story, and it is heard in the right way by the right listener, we are able to deal more effectively with the experience” [35].

Patient and therapists thus jointly focus on a shared aspect of subjectivity. A truly narrative approach requires newly defined roles of the patient and the therapist: In the narrative the patient is the „expert“ of his or her suicide story, the therapist being in a „not knowing position“, while in the psychiatric assessment of the patient’s mental state the therapist is the expert. The Guidelines for Clinicians formulated by the Aeschi Working Group [36] emphasize that „the ultimate goal should be to engage the patient in a therapeutic relationship, even in a first assessment interview.” Indeed, several studies suggested that the *early* therapeutic alliance is a major factor for therapy outcome [37, 38]. For instance, in a brief treatment of depression, an early positive therapeutic relationship predicted better adjustment and better adaptive capacities in an 18-months follow-up [39].

A listener enters into the temporal world the narrator constructs, helps in the telling, and thus narratives are jointly accomplished, according to shared knowledge and interaction rules. A good narrative interview encompasses all the relevant facts, makes sense of the experience, is non-stigmatising, and will be credible to both the clinician and the patient. The clinical outcome of a narrative discourse is often a new story with a new ending. Special attention should be placed on the patient’s life-oriented goals, which in a suicidal crisis may be existentially threatened. Although in the suicidal crisis the perception of the present situation and the self may be coloured by depressed mood and cognitions, in our clinical experience individuals generally have an impressive narrative competence, provided that the interviewer is prepared to adopt an open, non-judgmental and supporting attitude. Story telling needs a sensitive listener. If patients do not feel understood, they are likely to end the story prematurely.

In a clinical study based on single inter-

в нашем клиническом опыте люди обычно обладают внушительной компетенцией рассказчиков, если слушатель готов занять открытую, не осуждающую и поддерживающую позицию. Рассказывание истории требует чуткого слушателя. Если пациент не чувствует себя понятым, он скорее всего оборвет историю преждевременно.

В клиническом исследовании единичных интервью людей после суицидальной попытки мы обнаружили, что оценка пациентами качества терапевтических отношений, которая учитывалась с помощью «Пенсильванского опросника помогающего альянса» [40], была значительно выше, когда в начальной фразе интервью собеседник применял нарративный подход [41] и использовал слова «рассказывать» («Пожалуйста, расскажите мне, как вы пришли к тому, что стали причинять себе вред?») или «история» («Я хотел бы услышать историю, которая привела вас к суицидальному кризису»). Вторым открытием стало, что оценка по опроснику была выше, когда в расшифровках интервью мы обнаруживали, что собеседники признавали важность биографических моментов, связанных с суицидальностью («Понимаете, мой страх потерять близкого человека идёт ещё из детства»).

После нарративной беседы мы предложили сессию, в которой пациентам показывали видеозапись этой беседы. Просмотр видеозаписи и методика самоконфронтации описана несколькими авторами [42-44]. На сессии с просмотром видеозаписи пациент и терапевт сидят бок о бок перед экраном и смотрят запись беседы. Они время от времени нажимают на паузу и пациента просят сообщить о мыслях, чувствах и ощущениях, которые у него возникают при просмотре беседы, а также справляются о дополнительной информации касательно суицидального нарратива. Цель просмотра видео – достичь эмоциональной дистанции и способствовать самонаблюдению и лучшему осознанию себя пациентом. Просмотр видеозаписи – это мощная техника развития рефлексии и осознания эмоциональных и когнитивных механизмов, связанных с суицидальным поведением, как можно заметить на примере этого письма.

Дорогой доктор,

С тех пор как я пообщался с вами, я чувствую, будто ноша спала с моей души. Хотя неделю назад я пережил нечто, похожее на зарождение мыслей о самоубийстве, я действительно чувствую себя лучше, чем три недели назад, после попытки. С тех пор я больше общался с друзьями и снова и снова пытаюсь объяснить произошедшее. Я чувствую, что беседа и, главное, просмотр видео после неё, дали мне очень много в смысле душевной проработки. Сегодня мне стало гораздо понятнее, сколь «глупа» такая попытка суицида, да и сам суицид.

views with suicide attempters we found that patients' ratings of the quality of the therapeutic relationship in the Penn Helping Alliance Questionnaire HAQ [40] were significantly higher when, in the opening sentence of the interview, the interviewer used a narrative approach [41], using the words "tell" (e.g. "can you please tell me how you came to the point of harming yourself?") or "story" (e.g. "I would like to hear the story behind the suicidal crisis"). A second finding was that HAQ scores were higher when in the interview transcripts we found that interviewers acknowledged the importance of biographical issues related to suicidality ("You know, my fear of losing a close person goes right back to my childhood").

Following the narrative interview, we introduced a session, in which patients were confronted with the video-recorded interview. The video-playback and self-confrontation technique has been described by several authors [42-44]. In the video playback session patient and therapist sit side by side in front of the screen watching the recorded interview. The video is paused from time to time and patients are invited to report on any thoughts, feelings and sensations they had watching the interview, as well as to provide additional information regarding the suicide narrative. The aim of the video-playback is to achieve emotional distancing and fostering self-awareness and insight. The video playback is a powerful technique to foster reflection and insight into the emotional and cognitive mechanisms related to suicidal behaviour, as the following letter exemplifies.

Dear doctor

Since I have seen you I have been feeling unburdened. Although about a week ago I experienced again something like beginning thoughts about suicide, I do feel better than three weeks ago, after the suicide attempt. Since then I also talked more with friends, and I tried again and again to explain what happened. I feel that the interview, and above all, watching together the video afterwards, gave me very much in terms of working through. Today it is much more clear to me what a "silly" idea such a suicide attempt, or suicide itself, is.

*Again, many thanks! With best regards,
R.W.*

Another patient said:

"You know, doctor, hearing my story again is shocking. I was not my usual self when I did this. This is real frightening. I never want to get into such a situation again."

Ещё раз, большое спасибо! С наилучшими пожеланиями, Р.В.

Другой пациент писал:

«Знаете, доктор, я был шокирован, когда вновь услышал свою историю. Я был не в себе, когда делал это. Это очень пугает. Я не хочу никогда вновь попасть в такую ситуацию».

В терминах теории поступка, метод просмотра видеозаписи – это совместная деятельность пациента и терапевта, направленная на общую цель: понять критические моменты суицидального процесса в контексте значимых биографических тем, чтобы определить факторы уязвимости и запуска процесса и сформировать стратегии выживания в будущих суицидальных кризисах. При просмотре видеозаписи и самоконфронтации пациент, уже изменившийся по сравнению с той сессией беседы, ставится в роль внешнего наблюдателя.

5. ASSIP: Краткая программа интервенции после попытки самоубийства

ASSIP – это программа лечения, основанная на описанной выше теории поступка как суицидального поведения. Она состоит из трёх 60-90 мин сессий, в идеальном случае в течение 3-4 недель. Четвёртая сессия может быть добавлена при необходимости.

Первая сессия.

Проводится нарративная беседа, в которой пациента просят рассказать свою личную историю, как он пришёл к желанию убить себя и как это воплощалось. Цель нарративной беседы: достичь – в биографическом контексте – пациент-центрированного понимания индивидуальных механизмов, ведущих к психологической боли и суицидальному поведению, и выявить особые факторы уязвимости и события – триггеры. Все беседы записываются на видео с письменного согласия пациента.

Вторая сессия.

Пациент и терапевт смотрят избранные моменты записи видео-интервью, сидя бок о бок. Так пациент помещается в позицию наблюдателя и смотрит запись суицидального нарратива от первой сессии. Терапевт помогает достичь подробной реконструкции перехода от опыта психологической боли и стресса к суицидальным действиям. Определяются автоматические мысли, эмоции, физиологические сдвиги и связанное с этим поведение. В конце сессии пациенту выдается психобразовательный буклет («Суицид – нерациональный поступок») в качестве домашнего задания: его нужно будет вернуть с личными комментариями на следующей сессии. Буклет призван установить разделяемую (терапевтом и пациентом) модель суицидального поведения, интегрируя теоретические понятия, такие как факторы суицидального риска, душевная боль, суици-

In action theoretical terms, the video playback technique is a joint action between patient and therapist, aimed at a common goal: To understand the critical points of the suicidal process in the context of relevant biographical issues, to identify vulnerability and trigger factors, and to develop strategies for survival in future suicidal crises. In the video-playback and self-confrontation, the patient, different to the narrative session, is put into the role of the outside observer.

5. ASSIP: The Attempted Suicide Short Intervention Program.

ASSIP is a treatment program based on an action-theoretical concept of suicidal behavior as described above. It is administered in three 60–90 min sessions, ideally within three to four weeks. A fourth session can be added if considered necessary.

First Session.

A narrative interview is conducted, in which patients are asked to tell their personal stories about how they had reached the point of wanting to kill themselves, and how they went about it. The aim of the narrative interview is to reach – in a biographical context – a patient-centred understanding of the individual mechanisms leading to psychological pain and suicidal behaviour, and to elicit specific vulnerability factors and trigger events. All interviews are video-recorded, with the patients' written consent.

Second Session.

The patient and therapist watch selected sequences of the video-recorded interview, sitting side-by-side. Thus, the patient is put into the observer's seat, watching the suicide narrative recorded in session one. The therapist helps to provide a detailed reconstruction of the transition from an experience of psychological pain and stress, to the suicidal action. Automatic thoughts, emotions, physiological changes, and related behaviour are identified. At the end of the session, two patients are given a psychoeducative handout ("Suicide is not a rational act") as a homework task, to be returned, with personal comments, at the next session. The handout aims to establish a shared model of suicidal behaviour, by integrating theoretical concepts such as suicide risk factors, psychological pain, and the suicidal mode, as well as basic neurobiological correlates of the suicidal mind. Following the second session, the therapist prepares a written draft of the case conceptualization.

дальный модус поведения, а также базовые нейробиологические корреляты суицидальной психики. После второй сессии терапевт готовит письменный черновик концептуализации случая.

Третья сессия.

Обсуждается обратная связь от пациента в ответ на буклет. Черновик концептуализации случая совместно изучается и правится. Концептуализация случая формулирует личные потребности / жизненные цели, связанные с ними уязвимости и суицидальные триггеры, обеспечивая обоснование потребности сформулировать индивидуальные тревожные знаки и стратегии обеспечения безопасности для будущих суицидальных кризисов. Письменная концептуализация случая и личные стратегии безопасности распечатываются и выдаются пациенту, а дополнительная копия хранится у врача и других специалистов, участвующих в лечении. Долгосрочные цели, тревожные знаки и стратегии безопасности копируются на небольшом листочке, который сворачивается в формат визитки, и её тоже отдают пациенту. Пациента просят всегда носить с собой этот листочек и заглядывать в него в случае эмоционального кризиса.

Письма.

Пациентам шлют полустандартизированные письма в течение 24 месяцев, в первый год – каждые 3 месяца, а во второй – каждые полгода. В письмах пациентам напоминают о долгосрочном риске будущих суицидальных кризисов и о важности стратегий безопасности. Письма подписываются лично терапевтом ASSIP. Пациентов информируют, что они не обязаны отвечать на письма, но обратная связь о том, как у них идут дела, приветствуется. В случае, если пациенты отвечают (обычно по электронной почте), терапевт ASSIP учитывает это в следующем письме.

Обзор компонентов терапевтической программы ASSIP:

- 1) Нарративная беседа: установление сотрудничающих терапевтических отношений.
- 2) Просмотр видеозаписи и самоконфронтация: переосмысление нарратива путём дистанцирования и помещения пациента в роль внешнего наблюдателя.
- 3) Буклет / домашнее задание: форма сотрудничающего психообразования – люди узнают о суицидальном модусе поведения как это связано с функционированием мозга и прочее.
- 4) Лично и совместно разработанная концептуализация случая: помещение события в контекст, идентификация уязвимости и триггеров, то есть возможных будущих опасных ситуаций.
- 5) Персонализированное планирование безопасности: совместно разработанные стратегии безопасности,

Third Session.

The patients' written feedback, in response to the handout, is discussed. The draft of the case conceptualization is collaboratively revised. The case conceptualization formulates personal needs / life-goals, related vulnerabilities and suicide triggers, providing the rationale for the need to develop individual warning signs and safety strategies for future suicidal crises. The written case conceptualization and the personal safety strategies are printed and handed out to the patient, with additional copies for the health professionals involved in treatment. Long-term goals, warning signs, and safety strategies are copied to a credit-card sized folded leaflet and given to the patient. Patients are instructed to carry this leaflet on them at all times, and to consult it in the event of an emotional crisis.

Letters.

Participants are sent semi-standardized letters over a period of 24 months, 3-monthly in the first year, and 6-monthly in the second year. The letters remind participants of the long-term risk of future suicidal crises and the importance of the safety strategies. Letters are signed personally by the ASSIP therapists. Patients are informed that they do not have to respond to the letters, but that a feedback about how things are going would be welcome. In the cases where patients write back (usually via e-mail), the ASSIP therapist acknowledges this in the next letter.

Summary of the components of the ASSIP therapy program:

- 1) Narrative interviewing: Establishing a collaborative therapeutic relationship.
- 2) Video playback and self - confrontation: Reprocessing of the narrative by distancing and putting the patient into the role of the outside observer.
- 3) Handout / homework: A form of collaborative psychoeducation, people would learn about the suicidal mode, how this relates to brain function, etc.
- 4) Personal and jointly developed case conceptualization: Putting things into context; identification of vulnerability and triggers, that is, of possible future dangerous situations.
- 5) Personalized safety planning: Collaboratively developed safety strategies, supplemented with a pocket leaflet ("Leporello").
- 6) Regular letters: Outreach element, as continuation of the therapeutic relationship, and reminder of the safety measures.

закреплённые памяткой («Лепорелло»).

6) Регулярные письма: контакт после выписки, продолжение терапевтических отношений и напоминание о мерах безопасности.

Для более подробного описания, см. сайт assip.ch и руководство по методу ASSIP [45].

6. Исследования эффективности.

На протяжении 24 месяцев 120 пациентов, обратившихся в медучреждение после попытки суицида, участвовали в исследовании [46]. Вместе с периодом последующего наблюдения всё исследование длилось 4 года. Пациентов случайным образом распределяли в контрольную (60 человек) или группу ASSIP (60 человек). Все пациенты имели одинаковые назначения, под чем подразумевалось психиатрическое стационарное лечение, краткосрочная кризисная терапия, амбулаторное лечение или вовсе никакого. Собиралась подробная информация о стандартном лечении при поступлении и в течение наблюдения, включая лекарственную терапию, количество дней госпитализации, количество амбулаторных встреч и т.д. ASSIP давался в три встречи-сессии в соответствии с руководством, в то время как у контрольной группы была лишь одна сессия оценки суицидального риска. Всех пациентов просили заполнять набор опросников каждые 6 месяцев.

Результаты:

Главным показателем эффективности было количество повторных суицидальных попыток в течение периода наблюдения. За 2 года в группе ASSIP было совершено 5 повторных попыток, а в контрольной – 41 попытка. В процентном соотношении количество участников, совершавших повторные попытки, составило 8,3% (5 человек) и 26,7% (16 человек), соответственно. Анализ выживаемости показал, что в группе ASSIP риск совершения как минимум одной повторной попытки суицида снижался на 80%. Кроме того, участники экспериментального лечения в период наблюдения проводили меньше дней на психиатрическом стационарном лечении. Мы также обнаружили, что группа ASSIP показала отрицательную корреляцию между оценкой качества терапевтических отношений с точки зрения пациента и суицидальными мыслями. То есть, чем более полезным пациенты считали терапевтические встречи (3 сессии), тем меньше суицидальных мыслей они испытывали в первый год наблюдения [47, 48].

Позже исследование Park из Лондонской школы экономики обнаружило превосходное соотношение эффективности и стоимости ASSIP. Вероятность, что ASSIP сократит затраты в течение 24 месяцев, была очень высока даже при низком уровне готовности пла-

For further details, see assip.ch and the ASSIP manual [45].

6. Effectiveness study.

Over a time-span of 24 months 120 patients referred after a suicide attempt participated in this study [46]. With a follow-up period of 2 years the study was running for altogether 4 years. The patients were randomly assigned either to the control group (60) or the ASSIP group (60). All patients had treatment as usual, which could mean anything between psychiatric inpatient treatment, short-term crisis treatment, outpatient care, or no treatment at all. Detailed information on treatment as usual at referral to the study and during follow-up was collected, including medication, days of hospital treatment, number of outpatient sessions, etc. ASSIP was provided in three sessions, in adherence to the manual, while the control group had just one single suicide assessment session. All patients were asked to fill in a set of questionnaires every 6 months.

Results:

The primary outcome measure was the number of repeated suicide attempts during follow-up. At 24-months, a total of 5 repeat attempts were recorded in the ASSIP group, vs 41 in the control group. The rates of participants reattempting suicide at least once were 8.3% ($n = 5$) and 26.7% ($n = 16$), respectively. The survival analysis showed that in the ASSIP group the risk of participants making at least one repeat suicide attempt was reduced by 80%. In addition, the ASSIP participants during follow-up spent significantly fewer days in psychiatric inpatient treatment. We also found that the ASSIP group showed an inverse correlation between the measures of the quality of the therapeutic relationship as rated by the study participants (HAQ) and suicidal ideation. That is, the more helpful the patients found the therapist in the three sessions, the fewer suicidal thoughts they indicated during the first-year follow-up [47, 48].

Later, a study by A. Park from the London School of Economy revealed an excellent cost-effectiveness of ASSIP. The probability that ASSIP was cost saving at 24 months was very high even at very low levels of willingness to pay. Most of the cost savings were driven by significantly lower costs for general hospital services and less use of inpatient care services in the ASSIP group [49].

7. What makes ASSIP effective?

тить за терапию. Большую часть экономии составляло сокращение затрат на госпитализацию в скоромощной стационар и психиатрическое стационарное лечение пациентов из группы ASSIP [47].

7. Почему ASSIP эффективна?

Учитывая замечательную эффективность терапии, состоящей из 3 сессий, мы спросили себя, может ли новая модель лечения, разработанная в Берне, указать новое направление для лечения суицидальных людей. ASSIP представляет собой сочетание нескольких факторов, и трудно сказать, какой элемент особенно важен для объяснения её эффективности. Вот главные факторы терапевтического процесса, которые можно выделить в ASSIP.

I. Понимание суицида как поступка, а не симптома болезни. Ключ к лечению лежит в самом человеке. Пациент – эксперт своей истории, эта история и триггеры суицидального кризиса помещаются в центр беседы. Задача терапевта – вовлечь пациента в активное участие в терапевтическом процессе.

II. Терапевтический подход характеризуется такими концепциями как надёжная основа [50], нарративная беседа [51], совместная ментализация [51] и сотрудничающее психообразование [52].

III. Просмотр видеозаписи – это метод, который помогает пациенту посмотреть на свой суицидальный кризис с иной точки зрения, с активной помощью терапевта как соавтора.

IV. Буклет обеспечивает пациент - ориентированную модель суицида, вместе с домашним заданием, побуждающим пациента достичь собственного понимания и инсайта: в психотерапии используется термин «слияние моделей» – в противовес синдрому Вавилонской башни, описанной в начале статьи.

V. Концептуализация случая обеспечивает пациента письменным обобщением разных элементов суицидального кризиса, включая описанные в истории его жизни потребности и уязвимости. Опять-таки, это опыт терапевтического сотрудничества, в котором пациент оказывается соавтором. Стратегии безопасности логически следуют из формулировки случая.

VI. «Лепорелло», памятка размером с визитку, напоминает пациенту о терапевтическом послании («Суицид – это поступок, но неподходящий поступок»). Памятка может рассматриваться как личный сувенир, поскольку терапевт в присутствии пациента берёт ножницы, вырезает памятку из большого листа, аккуратно складывает и передаёт пациенту.

VII. Регулярные письма, как уже было сказано ранее, имеют несколько функций. В ASSIP главной задачей, пожалуй, является «продолжение контакта» терапевтических отношений. Это главное отличие от «ис-

Considering the remarkable effect of a three-session therapy, we asked ourselves if the novel treatment model we had developed in Bern could possibly indicate new directions for the treatment of suicidal individuals. ASSIP is a package of several factors, and it is difficult to say which element was particularly important to explain its effectiveness. Here are the main therapy process factors which can be identified in ASSIP.

I. Understanding suicide as an action and not a symptom of illness. The key to treatment lies in the individual. The patient is the expert, the very individual background and trigger of the suicidal crisis is in the center. The therapist's task is to involve the patient as active participant in the therapy process.

II. A therapeutic approach that is characterized by such concepts as the secure base [50], narrative interviewing [51], joint mentalizing [52], and collaborative psychoeducation [53].

III. The video-playback as a technique that helps the patient to view the suicidal crisis from a different perspective, with the active help of the therapist as co-author.

IV. The handout providing a patient-oriented model of suicide, together with the homework task activating the patient's own understanding and insight – a term used in psychotherapy research is “convergence of models” – in contrast to the Tower of Babel syndrome described above.

V. The case conceptualization providing patients with a written summary of the different elements of the suicidal crisis, including the biographical needs and vulnerabilities. Here again, this is a collaborative therapeutic experience, with the patient as co-author. The safety strategies follow logically from the case formulation

VI. The credit card-sized Leporello reminds the patient of the therapist's message (Suicide is an action but a wrong action). It may be seen as a personal token, because the therapist, in the patient's presence, takes the scissors, cutting the Leporello out from the printed paper, folding it carefully and handing it to the patient.

VII. The regular letters, as discussed earlier, may have several functions. In ASSIP, the main function is probably the “outreach continuation” of the therapeutic relationship. This is the main difference to the “caring letters studies” [54, 55], where the outreach element was not combined with a previous person-centred therapy.

ASSIP respects personal autonomy.

следований писем заботы» [54, 55], в которых элемент контакта не объединяется с предшествующей человекоцентрированной терапией.

ASSIP уважает личную автономию. Люди принимают новое поведение, только когда оно несёт для них смысл. В соответствии с теорией самодетерминации, принятие новых целей и поведения требует внутренней мотивации, и это происходит, когда клиенты чувствуют, что терапевт слушает, ценит и понимает их [56]. ASSIP – единственная терапевтическая программа, которая посвящает всю сессию нарративу пациента. То есть пациент получает полную возможность выговориться. В течение сессий ASSIP применяет строго сотрудничающий подход, в котором терапевт не даёт советов и инструкций.

8. Заключение.

Главная проблема клинической превенции суицидов заключается в том, что большинство людей, склонных к суицидальному поведению, переживают свои суицидальные мысли и планы как эго-синтонные. Они не чувствуют, что им нужна медицинская или психиатрическая помощь. Медицинские работники, с другой стороны, склонны рассматривать суицид, в первую очередь, как последствие психиатрического расстройства, требующего лечения, часто психофармакологического. Психиатрические расстройства – это факторы риска, но не причина суицида. Вовлечённость в лечение требует общих точек соприкосновения, понимания, и это особенно важно для пациентов, контактирующих с медицинской системой после суицидальной попытки. Они представляют собой группу с наивысшим риском суицида и повторных попыток, и их можно вовлечь в лечение. Существует несколько поведенческих психологических терапий, которые используют сотрудничающий терапевтический подход. ASSIP, краткая программа интервенции после суицидальной попытки – это краткосрочная терапия, состоящая из 3 сессий, которая использует новый терапевтический подход, основанный на понимании суицида как поступка, являющегося частью систем целеполагания высшего порядка. Рандомизированное исследование 120 пациентов обнаружило снижение повторных суицидальных попыток на 80% за 24 месяца. Высокая эффективность ASSIP в снижении суицидального поведения заставляет задуматься о том, что успех достигается именно благодаря подходу к суицидальному пациенту, основанному на представлении о суициде как о поступке, что следует учитывать в будущих проектах превенции суицидов.

Литература / References:

1. Fawcett J., Scheftner W.A., Fogg L. et al., Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001; 104: 31-36.
2. Monti K., Cedereke M., Ojehagen A. Treatment attendance and suicidal behavior 1 month and 3 months after a suicide attempt: a comparison between two samples. *Archives of Suicide Research*. 2003; 7: 167-174.

People adopt a new behavior only when it makes sense to them. According to Self-Determination Theory adopting new goals and a new behavior requires intrinsic motivation, and this happens when clients feel listened to, valued, and understood by their therapist [56]. ASSIP is the only therapy program that allocates a full session to the patient's narrative. That is, the patient has the floor. Throughout the sessions ASSIP uses a strictly collaborative approach, in which the therapist holds back with advice and instructions.

8. Summary.

A major problem in clinical suicide prevention is that most people who are subject to suicidal behavior experience their suicide thoughts and plans as ego-syntonic. They do not feel that they need medical / psychiatric treatment. Medical health professionals on the other hand tend to see suicide primarily as a consequence of psychiatric disorders that need treatment, often psychopharmacological. Mental health disorders are risk factors, but not the cause of suicide. Treatment engagement requires a common basis of understanding, and this is particularly important for patients who come in contact with the medical system after a suicide attempt. They represent the population with the highest risk of suicide and repeated attempts, and they can be taken into treatment. There are several behavioral psychological treatments that use a collaborative therapeutic approach. The Attempted Suicide Short Intervention Program ASSIP, a brief three-session treatment, uses a novel therapeutic approach based on the concept of suicide as an action that is part of higher-order goal-oriented systems. A randomized study with 120 patients found an 80% reduction of suicide reattempts over 24 months.

The remarkable effectiveness of ASSIP in reducing suicidal behavior raises the question if an approach to the suicidal patient based on the concept of suicide as an action could be successful introduced in future suicide prevention projects.

3. Möller H.J. Evaluation of aftercare strategies, in *Suicidal Behaviour and Risk Factors*, M.G. Ferrari, Bellini, P., Crepet, Editor. Monduzzi Editore: Bologna, 1990. P. 419-434.
4. Möller H.J. Efficiency of different strategies in after-care for patients who have attempted suicide. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1989; 82: 643-647.
5. Hawton K., Blackstock E. General practice aspects of self-poisoning and self-injury. *Psychological Medicine*. 1976; 6: 571-575.
6. Treolar A.J., Pinfold T.J. Deliberate self-harm: An assessment of patients' attitudes to the care they receive. *Crisis*. 1993; 14: 83-89.
7. Robins E. et al. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *American Journal of Public Health and the Nations Health*. 1959; 49 (7): 888-899.
8. Conwell Y. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*. 1996; 153: 1001-1008.
9. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 1997; 170 (3): 205-228.
10. Borges G. et al., Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71 (12): 1617-28.
11. Bertolote J.M. et al., Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry* 2003; 183: 382-383.
12. De Leo D. Why are we not getting any closer to preventing suicide? *British Journal of Psychiatry*. 2002; 181: 372-374.
13. Van Praag H.M. A stubborn behaviour: the failure of antidepressants to reduce suicide rates. *World J Biol Psychiatry*. 2003; 4 (4): 184-191.
14. De Leo D. Suicide prevention is far more than a psychiatric business. *World Psychiatry*. 2004; 3 (3): 155-156.
15. Hjelmeland H., Knizek B.L. Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 2010; 40 (1): 74-80.
16. Rudd M.D., Joiner T., Rajab M.H. Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach. New York: Guilford Press, 2001.
17. Hepp U. et al., Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies. *Crisis*. 2004; 25 (3): 108-117.
18. Inagaki M. et al., Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 175: 66-78.
19. Schechter M., Goldblatt M. Validation, Empathy, and Genuine Relatedness, in *Building a Therapeutic Alliance with the Suicidal Patient*, K. Michel and D.A. Jobes, Editors. American Psychological Association APA Books: Washington, DC, 2011. P. 93-107.
20. Beck A.T. et al. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford, 1979.
21. Rudd M.D., Brown G. In *Building a Therapeutic Alliance with the Suicidal Patient*, K. Michel and D. Jobes, Editors. American Psychological Association, APA Books.: Washington, DC, 2010.
22. Brown G.K., Wenzel A., Rudd M.D. Engaging the Suicidal Patient in Cognitive Therapy, in *Building a Therapeutic Alliance with the Suicidal Patient* K. Michel and D.A. Jobes, Editors. American Psychological Association APA Books: Washington, DC, 2011. P. 273-291.
23. Rudd M.D., Cukrowicz K.C., Bryan C.J. Core competencies in suicide risk assessment and management: Implications for supervision. *Training and Education in Professional Psychology*. 2008; 2 (4): 219.
24. Linehan M.M. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993.
25. Rizvi S. The Therapeutic Relationship in Dialectical Behaviour Therapy, in *Building a Therapeutic Alliance with the Suicidal Patient* K. Michel and D.A. Jobes, Editors. American Psychological Association APA Books: Washington, DC, 2011. P. 255-271.
26. Linehan M.M. Validation and psychotherapy, in *Empathy Reconsideration: New Directions in Psychotherapy*, A.C. Bohart and L. Greenberg, Editors. American Psychological Association: Washington, DC, 1997. P. 353-392.
27. Jobes D.A. Suicidal Patients, the Therapeutic Alliance, and the Collaborative Assessment and Management of Suicidality, in *Building a Therapeutic Alliance with the Suicidal Patient* K. Michel and D.A. Jobes, Editors. American Psychological Association APA Books: Washington, DC, 2011. P. 205-229.
28. Jobes D.A. et al. A Randomized Controlled Trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality versus Enhanced Care as Usual With Suicidal Soldiers. *Psychiatry*. 2017; 80 (4): 339-356.
29. Gollwitzer P.M. The volitional benefits of planning, in *The psychology of action. Linking cognition and motivation to behavior*, P.M. Gollwitzer and J.A. Bargh, Editors. The Guilford Press: New York, 1996.
30. von Cranach M., Valach L. Action theory in *The dictionary of personality and social psychology* R.L.R. Harré, Editor. Blackwell Reference: Oxford, 1986. P. 2-4.
31. Carver C.S., Scheier M. Principles of self-regulation: Action and emotion, in *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior*, E.T. Higgins and R.M. Sorrentino, Editors. Guilford Press: New York, 1990. P. 3-52.
32. Michel K., Valach L. Suicide as goal-directed action. *Archives of Suicide Research*. 1997; 3 (3): 213-221.
33. Baumeister R.F. Suicide as escape from self. *Psychological Review*. 1990; 97 (1): 90-113.
34. Holmes J. Attachment Theory and the Suicidal Patient, in *Building a Therapeutic Alliance with the Suicidal Patient* K. Michel and D.A. Jobes, Editors. American Psychological Association APA Books: Washington, DC, 2011. P. 149-168.
35. Adler H.M. The history of the present illness as treatment: who's listening, and why does it matter? *The Journal of the American Board of Family Practice*. 1997; 10 (1): 28-35.
36. Michel K. et al. Discovering the truth in attempted suicide. *American Journal of Psychotherapy*. 2002; 56 (3): 424-437.
37. Horvath A.O., Symonds B.D. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 1991; 38 (2): 139-149.
38. Saltzman C. et al. Formation of a therapeutic relationship: Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1976; 44 (4): 546-555.
39. Zuroff D.C. et al. Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000; 68 (1): 114.
40. Alexander L.B., Luborsky L. The Penn Helping Alliance Scales, in *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*, L.S. Greenberg and W.M. Pinsoff, Editors. Guilford Press: New York, 1986. P. 325-366.
41. Michel K. et al. Therapist sensitivity towards emotional life-career issues and the working alliance with suicide attempters. *Archives of Suicide Research*. 2004; 8 (3): 203-213.
42. Hermans H.J.M., Hermans-Jansen E. Self-narratives: the construction of meaning in psychotherapy. New York: Guilford Press, 1995.
43. Young R.A. et al. Career research from an action perspective: The self-confrontation procedure. *Career Development Quarterly*. 1994; 43: 185-196.

44. Valach L. et al. Self-confrontation interview with suicide attempters. 2002.
45. Michel K., Gysin-Maillart A. ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. A manual for clinicians. 2015, Göttingen: Hogrefe Publishing.
46. Gysin-Maillart A. et al. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med.* 2016; 13 (3): e1001968.
47. Gysin-Maillart A.C. et al. Suicide Ideation Is Related to Therapeutic Alliance in a Brief Therapy for Attempted Suicide. *Arch Suicide Res.* 2017; 21 (1): 113-126.
48. Ring M., Gysin-Maillart A. Patients' Satisfaction With the Therapeutic Relationship and Therapeutic Outcome Is Related to Suicidal Ideation in the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *Crisis.* 2020; 4: 1-7.
49. Park A.L. et al. Cost-effectiveness of a Brief Structured Intervention Program Aimed at Preventing Repeat Suicide Attempts Among Those Who Previously Attempted Suicide: A Secondary Analysis of the ASSIP Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2018; 1 (6): e183680.
50. Bowlby J. A secure base. Clinical applications of attachment theory. London: Routledge, 1988.
51. Holmes J. The search for the secure base : attachment theory and psychotherapy. Hove, East Sussex; Philadelphia, PA: Brunner-Routledge. xiv, 2001. 183 p.
52. Allen J.G., Fonagy P., Bateman A., Mentalizing in clinical practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2008.
53. Colom F. Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *British Journal of Psychiatry.* 2011; 198 (5): 198-338.
54. Motto J.A., Bostrom A.G. Empirical indicators of near-term suicide risk. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 1990.
55. Carter G.L. et al. Postcards from the EDge: 5-year outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *British Journal of Psychiatry.* 2013; 202 (5): 372-380.
56. Ryan R.M., Deci E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000; 55 (1): 68-78.

PEOPLE WHO ATTEMPT SUICIDE NEED A SPECIFIC THERAPY

K. Michel

University of Bern, Switzerland; konrad.michel@upd.unibe.ch

Abstract:

Attempted suicide is the main risk factor for repeated suicide attempts and death by suicide. So far there have only been very few therapy programs that have been successful in effectively reducing the suicide risk for suicide attempters. This article argues that the traditional medical model of suicide is not helpful for active treatment engagement of the patients, and that we need a different approach to the suicidal patient. Our research team developed and evaluated a novel, brief and very cost-effective therapy program (the Attempted Suicide Short Intervention Program ASSIP). In contrast to the medical model, which conceptualizes suicide as a consequence of a psychiatric illness, the ASSIP model is based on the concept of suicide as a personal action, which can be understood in a collaborative therapeutic approach. The action-theoretical approach is radically patient-centred, in that the patients are seen as the agents of their suicide actions. This approach fosters the patients' active engagement in therapy. A central element is the patient's self-narrative, which puts the suicide attempt in a biographical context. With the help of the therapist, the suicidal crisis can be understood, explained, and revised. ASSIP has been evaluated in a randomized controlled trial with 120 participants. At 24 months follow-up, the treatment group had a remarkable 80% reduced risk of reattempting suicide. The article explains the theoretical background and the development of ASSIP, followed by a summary of the ASSIP sessions and a discussion of the therapy process factors.

Keywords: attempted suicide, suicide prevention, psychotherapy, therapeutic alliance, randomized controlled trial

Финансирование: 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: 29.03.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 09.06.2020.

Для цитирования: Michel K. Людям, совершившим попытку самоубийства, нужна особая психотерапия. *Суицидология.* 2020; 11 (2): 51-65. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-51-65

For citation: Michel K. People who attempt suicide need a specific therapy. *Suicidology.* 2020; 11 (2): 51-65. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-51-65

ФОРМИРОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОСТИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АДДИКТИВНЫМИ И НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ПСИХОТЕРАПИЯ

Н.А. Бохан, И.В. Воеводин, А.И. Мандель

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»
НИИ психического здоровья, г. Томск, Россия

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия
ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», г. Томск, Россия

FORMATION OF SUICIDALITY AMONG YOUNG PATIENTS WITH ADDICTIVE AND NEUROTIC DISORDERS: SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS AND PSYCHOTHERAPY

*N.A. Bokhan, I.V. Voevodin,
A.I. Mandel*

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research
Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia
Siberian State Medical University, Tomsk, Russia
National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

Информация об авторах:

Бохан Николай Александрович – академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук (SPIN-код: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Место работы и должность: руководитель отделения аддиктивных состояний, директор НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: +7 (3822) 72-40-15; электронный адрес: mental@tnimc.ru

Воеводин Иван Валерьевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 5675-7498; Researcher ID: J-2399-2017; ORCID iD: 0000-0002-3988-7660). Место работы и должность: старший научный сотрудник НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; доцент кафедры социальной работы ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». Адрес: 634050, Томск, пр. Ленина, 36. Телефон: + 7 (3822) 72-43-79, электронный адрес: i_voevodin@list.ru

Мандель Анна Исаевна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7428-9823; Researcher ID: J-1692-2017; ORCID iD: 0000-0002-6020-6604). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-79; электронный адрес: anna-mandel@mail.ru

Information about the authors:

Bokhan Nikolay Aleksandrovich – Academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, MD, PhD (SPIN-code: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Place of work and position: Head of the Department of Addictive States, Director of the Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str.; Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Siberian State Medical University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 2 Moscow Tract. Phone: +7 (3822) 72-40-15, email: mental@tnimc.ru

Voevodin Ivan Valerievich – MD, PhD (SPIN-code: 5675-7498; Researcher ID: J-2399-2017; ORCID iD: 0000-0002-3988-7660). Place of work and position: Senior Researcher, Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutskaya str. Associate Professor of the Department of Social Work, National Research Tomsk State University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 36 Lenina str. Phone: +7 (3822) 72-43-79; email: i_voevodin@list.ru

Mandel Anna Isaevna – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 7428-9823; Researcher ID: J-1692-2017; ORCID iD: 0000-0002-6020-6604). Place of work and position: Leading Researcher, Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutskaya str. Phone: +7 (3822) 72-43-79; email address: anna-mandel@mail.ru

Высокая распространённость суицидальных явлений среди молодых пациентов с аддиктивными и невротическими расстройствами обуславливает необходимость включения в терапевтические программы компонентов суицидальной превенции. При этом среди вмешательств с доказанной эффективностью ведущее место занимают методики, связанные с повышением когнитивной рациональности и адаптивности стресс-реагирования. Цель: обоснование методики выявления групп суицидального риска и подходов к профилактике среди молодых пациентов с аддиктивной и невротической патологией на основе когнитивной копинг-терапии. Материалы и методы: обследовано 124 пациента молодого возраста (19-35 лет, мужчин – 56,5%, женщин – 43,5%), из них 72 с алкогольной зависимостью, 52 с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами. При-

менены клинико-психопатологический и психометрический методы. Математическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS-Statistics V26. Результаты: Наличие суицидальных мыслей в анамнезе выявлено у 25% молодых пациентов с алкогольной зависимостью и 41,2% пациентов с невротическими расстройствами. В качестве групп повышенного суицидального риска выступают пациенты с коморбидными (аддитивными и тревожно-депрессивными) состояниями, а также, в обеих нозологических группах – с проявлениями социально-психологического неблагополучия (перенесенные психотравмирующие ситуации, негармоничные условия воспитания в детстве, нарушения адаптации в дошкольном и учебном коллективах, специфика преобладающих интересов в подростковом возрасте – с концентрацией в «виртуальном мире», при неразвитости хобби-реакций и реакций коммуникации со сверстниками). В формировании суицидальности пациентов с аддитивными и невротическими расстройствами методом факторного анализа выделены три основных варианта (стеничный, гипостеничный и связанный с коммуникативной некомпетентностью). Данные варианты проявляются как на уровне характерологических черт, так и на уровне симптоматики, наблюдаемой в клинической картине. Преобладающий вариант формирования суицидальности следует учитывать при персонализации психотерапевтических вмешательств. В качестве одного из решений задачи профилактики суицидального поведения может быть использована методика когнитивной копинг-терапии, предполагающая выявление и коррекцию иррациональных когнитивных установок с формированием адаптивного копинг-стиля пациентов. Наибольшее значение в отношении суицидального риска установлено для когнитивных искажений, связанных с внешним локусом контроля, низкой фрустрационной толерантностью и неспособностью к отсроченному гедонизму. Неадаптивный копинг-стиль связан в первую очередь с неготовностью к рациональной оценке стрессоров, неспособностью к продуктивному взаимодействию с окружением и с нарушениями эмоциональной саморегуляции. Заключение: выявление коморбидности аддитивных и невротических тревожно-депрессивных расстройств, специфических проявлений социально-психологического неблагополучия и определенных характерологических черт у молодых пациентов свидетельствует о необходимости включения в психотерапевтический комплекс мероприятий по профилактике суицидального риска. Основой проведения данных мероприятий может выступать когнитивно-поведенческая копинг-терапия, персонализированная по ведущему варианту формирования суицидальности.

Ключевые слова: суицидальность, суицидальные мысли, алкогольная зависимость, тревожно - депрессивные расстройства, социально-психологические факторы риска, когнитивная копинг-терапия

В связи с высокой и нарастающей распространённостью суицидальных явлений в молодёжной [1], в том числе студенческой среде [2], представители высокообразованной молодёжи (студенты и молодые специалисты) считаются одной из групп повышенного суицидального риска [3, 4]. При этом в литературе отмечаются противоречивые данные о половых различиях суицидального поведения молодёжи – от указаний на более высокую распространённость депрессивной симптоматики и суицидального риска среди девушек [5] до предположений о повышенной частоте истинных суицидальных намерений среди юношей [6]. В качестве факторов суицидального риска указываются низкий материальный уровень [7], нарушения адаптации в студенческой среде [2] и в группе сверстников [8], подверженность стрессам в сочетании с низкой стрессоустойчивостью [9]. Среди психологических факторов особое внимание уделяется импульсивности [10] и нарушениям эмоциональной саморегуляции [11].

В клиническом аспекте суицидального поведения молодёжи, высок исследовательский интерес к роли расстройств личности [12], формирующих, в том числе, и несуйцидальные паттерны аутоагрессивного поведения [13]. У пациентов с алкогольной зависимостью суицидальный риск может быть связан с неудовлетворённой потребностью в социальной поддержке, фиксацией на негативном опыте, самообвинениями и защит-

Due to the high and growing prevalence of suicidal phenomena in the youth [1] including the student [2] environment, representatives of highly educated youth (students and young professionals) are considered one of the groups with increased suicidal risk [3, 4]. At the same time, there are conflicting data in the literature on gender differences in suicidal behavior among young people – from indications of a higher prevalence of depressive symptoms and suicidal risk among girls [5] to assumptions about an increased frequency of true suicidal intentions among young men [6]. Low financial level [7], adaptation disorders in the student environment [2] and in the peer group [8], exposure to stress in combination with low stress resistance [9] are indicated as factors of suicidal risk. Among psychological factors, special attention is paid to impulsiveness [10] and violations of emotional self-regulation [11].

In the clinical aspect of young people suicidal behavior, there is a high research interest to the role of personality disorders [12], that form, among other things, non-suicidal patterns of autoaggressive behavior [13]. In patients with alcohol addiction, suicidal risk may be associated with an unmet need for social support, fixation on negative experiences, self-blame and defensive behavior, in pa-

ным поведением, у пациентов с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами – с низкой социальной самооценкой, избеганием осознания своих чувств [14]. Неоднозначны данные о коморбидности алкогольной зависимости и невротических расстройств, прежде всего депрессивных. Показано, что при наличии коморбидной депрессивной симптоматики формирование зависимости происходит медленнее, а течение – более благоприятно, чем при люцидном алкоголизме [15]. Отдельные исследования [16] указывают на четкую взаимосвязь факторов подверженности стрессам, аддиктивного поведения и суицидальности, подчеркивая, что эти три фактора взаимно усиливают друг друга. При этом ключевую роль в возможном неблагоприятном исходе играет сниженный самоконтроль над импульсивностью.

При обосновании психотерапевтических вмешательств, направленных на аддиктивные расстройства, тревожно-депрессивную симптоматику и суицидальное поведение, также значительное внимание уделяется необходимости формирования навыков регуляции эмоций и контроля импульсивности [17], с обязательным мотивационным компонентом на начальном этапе вмешательства [18]. Среди вмешательств с доказанной эффективностью, применяемых в отношении аддиктивных, эмоциональных расстройств и суицидальности, ведущую роль играют методики на когнитивно-поведенческой основе, в связи с доказанностью значения неадаптивных когнитивных схем в этиопатогенезе данных состояний [19]. Вмешательства при коморбидных аддиктивных и тревожно-депрессивных расстройствах предполагают расширение целей когнитивной терапии [20], при этом в качестве важнейшей цели, наряду с коррекцией когнитивных предубеждений, рассматривается коррекция неэффективного копинга [21]. Учитывая неадаптивность, а также специфичность стратегий совладания в отдельных нозологических группах [22], в дополнение к методикам когнитивной терапии представляется целесообразным применение коррекции копинг-стиля.

Цель исследования: обоснование методики выявления групп суицидального риска и подходов к профилактике среди молодых пациентов с аддиктивной и невротической патологией на основе когнитивной копинг-терапии.

Материалы и методы.

Обследовано 124 пациента клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, молодого возраста, от 19 до 35 лет, средний возраст 29,5 (23; 33) лет, с высшим и незаконченным высшим образованием. Среди них 70 (56,5%) мужчин и 54 (43,5%) женщины. 72 обследованных были с алкогольной зависимостью (F10),

tients with neurotic anxiety-depressive disorders it can be associated with low social self-esteem, avoiding awareness of their feelings [14]. The data on the comorbidity of alcohol addiction and neurotic disorders, primarily depressive ones, are ambiguous. It has been shown that in the presence of comorbid depressive symptoms, addiction formation progresses more slowly, and its course is more favorable than in lucid alcoholism [15]. Separate studies [16] indicate a clear relationship between exposure to stress, addictive behavior and suicidality, emphasizing that these three factors mutually reinforce each other. At the same time, reduced self-control over impulsivity plays a key role in a possible unfavorable outcome.

When substantiating psychotherapeutic interventions aimed at addictive disorders, anxiety-depressive symptoms and suicidal behavior, considerable attention is also paid to the need of developing emotion regulation and impulsivity control skills [17], with an obligatory motivational component at the initial stage of intervention [18]. Among the interventions with proven efficacy used for addictive, emotional disorders and suicidality, cognitive-behavioral techniques play a leading role in connection with the evidence of the importance of maladaptive cognitive schemes in the etiopathogenesis of these conditions [19]. Interventions in comorbid addictive and anxiety-depressive disorders suggest expanding the goals of cognitive therapy [20], while correction of ineffective coping is considered as the most important goal, along with the correction of cognitive biases [21]. Taking into account the non-adaptability, as well as the specificity of coping strategies in certain nosological groups [22], in addition to the methods of cognitive therapy, it seems expedient to use the coping style correction.

Aim of the study: substantiation of the methodology for identifying suicidal risk groups and preventive approaches among young patients with addictive and neurotic pathology based on cognitive coping therapy.

Materials and methods.

We examined 124 patients of the clinic of the Research Institute of Mental Health of the Tomsk National Research Medical Center, aged 19 to 35, mean age 29.5 (23; 33) years, with higher and incomplete higher education. Among them, 70 (56.5%) are men and 54 (43.5%) are women. 72 of the examined were alcohol addicted (F10), including 38 (52.8%) with lucid alcoholism, 34 (47.2%) with comorbid anxiety-depressive symptoms; 52 of

в том числе 38 (52,8%) с люцидным алкоголизмом, 34 (47,2%) – с коморбидной тревожно-депрессивной симптоматикой; 52 обследованных – с невротическими тревожно - депрессивными расстройствами (F4), из них 30 (57,7%) без аддиктивной патологии, 22 (42,3%) – с коморбидными аддиктивными расстройствами.

Использованы «Карта стандартизированного описания больного» НИИ психического здоровья (Томск) с квантифицированной шкалой оценки симптомов (включая наличие суицидальных мыслей), шкалы оценки тревоги и депрессии – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983), Спилбергера-Ханина, Бека. Уровень социально - психологической адаптации оценивался по методике Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS, M. Bosc, 1997). Характерологические особенности пациентов были оценены с применением методики Freiburg Personality Inventory (FPI, J. Fahrenberg, 1989). Оценка когнитивного стиля производилась с использованием опросника Personal Beliefs Test (Н. Kassinove, 1988) с приложением НИИ психического здоровья (Томск, 2015); оценка копинг-стиля – с использованием методики Е. Heim (1988), в интерпретации НИИ психического здоровья (Томск, 2011). Клиническая оценка суицидального поведения осуществлялась в соответствии с отечественной классификацией (Зотов П.Б., 2010) [23]. Согласно данной классификации, определенной спецификой рассматриваемого контингента (студенты и молодые специалисты с алкогольной зависимостью и невротическими расстройствами) явилось отсутствие суицидальных попыток, то есть ограниченность суицидального поведения двумя первыми этапами его внутренних форм – антивитальными переживаниями и суицидальными мыслями. В этом состояло принципиальное отличие обследованных от пациентов иных групп – возрастных (например, подростки, а также старший возраст), социальных (например, делинквенты) и нозологических (например, пациенты с наркотической зависимостью, с расстройствами личности).

Статистический анализ результатов исследования включал в себя: методы описательной статистики; сравнительный анализ (критерий χ^2 , тест Манна-Уитни); корреляционный анализ по Спирмену; факторный анализ; вычисление относительного риска (RR) отдельных факторов после установления их статистической достоверности. Математическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS-Statistics V26.

Результаты и обсуждение.

Общая распространённость суицидальных мыслей в анамнезе среди обследованных составила 33,9% (n=42). Среди пациентов с алкогольной зависимостью

the surveyed had neurotic anxiety-depressive disorders (F4), of whom 30 (57.7%) had no addictive pathology and 22 (42.3%) had comorbid addictive disorders.

We used the "Card of a standardized patient description" of the Research Institute of Mental Health (Tomsk) with a quantified scale for assessing symptoms (including the presence of suicidal thoughts), a scale for assessing anxiety and depression – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983), Spielberger-Khanin, Beck. The level of social and psychological adaptation was assessed using the Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS, M. Bosc, 1997). The characterological characteristics of patients were assessed with the Freiburg Personality Inventory technique (FPI, J. Fahrenberg, 1989). Cognitive style was assessed with the Personal Beliefs Test (H. Kassinove, 1988) with the application of the Research Institute of Mental Health (Tomsk, 2015); for assessment of the coping style we used the method of E. Heim (1988), in the interpretation of the Research Institute of Mental Health (Tomsk, 2011). The clinical assessment of suicidal behavior was carried out in accordance with the domestic classification (Zotov P.B., 2010) [23]. According to this classification, the considered contingent (students and young specialists with alcohol addiction and neurotic disorders) was characterized with the absence of suicidal attempts, that is, the limitation of suicidal behavior by the first two stages of its internal forms – antivital experiences and suicidal thoughts. This was the fundamental difference between the surveyed and patients of other grouping characteristics – age (for example, adolescents, as well as older age), social (for example, delinquents) and nosological (for example, patients with drug addiction, with personality disorders).

Statistical analysis of the research results included: descriptive statistics methods; comparative analysis (χ^2 test, Mann-Whitney test); Spearman correlation analysis; factor analysis; calculation of the relative risk (RR) of individual factors after establishing their statistical reliability. Mathematical data processing was carried out using the SPSS-Statistics V26 program.

Results and discussion.

The overall prevalence of suicidal thoughts in history among the surveyed was 33.9% (n=42). Among patients with alcohol addiction, this indicator was lower (25.0%)

данный показатель был ниже (25,0%), чем среди пациентов с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами (41,2%). Не обнаружена статистической достоверности тенденция к более высокой распространённости суицидальных мыслей среди мужчин ($p > 0,05$).

При этом фактор коморбидности аддиктивной и тревожно-депрессивной симптоматики достоверно повышает риск возникновения суицидальных мыслей: с 10,5% при люцидном алкоголизме до 41,2% при коморбидных тревожно-депрессивных состояниях ($\chi^2=8,99$; $df=1$; $p=0,0027$), и с 33,3% при невротических расстройствах без аддиктивной симптоматики до 63,6% при коморбидных аддиктивных состояниях ($\chi^2=4,75$; $df=1$; $p=0,0294$). Относительный риск фактора двойного диагноза составляет $RR=3,91$ и $RR=1,91$ соответственно.

В подгруппе пациентов с наличием суицидальных мыслей выявлено снижение уровня социально-психологической адаптации – 38 (36; 40) баллов по шкале SASS vs. 42 (37; 47) в подгруппе с отсутствием суицидальных мыслей, $Z=3,46$; $p=0,0005$. Наиболее выраженное снижение адаптации наблюдается в сфере «ресурсы» (включающей в себя вовлечённость в общественную жизнь, эрудированность, компетентность, организованность), а также в профессиональной сфере и в сфере «хобби и досуг». Сопоставимые значения показателей адаптации – в сферах «семья» и «внесемейные коммуникации».

Корреляционный анализ взаимосвязи суицидальных мыслей, как одного из симптомов квантифицированной шкалы «Карты стандартизированного описания больного НИИ психического здоровья» (Томск) с остальной выявленной у пациентов симптоматикой, позволил выделить ряд симптомов, выраженность которых статистически достоверно связана с выраженностью суицидальных мыслей. В порядке убывания значимости, к данным симптомам относятся: тягостное одиночество ($r_s=0,49$; $t=6,22$; $p<0,0001$), вегетативные нарушения ($r_s=0,44$; $t=5,48$; $p<0,0001$), коммуникативные нарушения ($r_s=0,32$; $t=3,72$; $p=0,0003$), диссомния ($r_s=0,31$; $t=3,55$; $p=0,0005$), гипотимия ($r_s=0,30$; $t=3,43$; $p=0,0008$), дисфорические проявления ($r_s=0,24$; $t=2,74$; $p=0,0071$), агрессивность ($r_s=0,21$; $t=2,41$; $p=0,0175$), астения ($r_s=0,20$; $t=2,25$; $p=0,0261$).

Полиморфность симптоматики, взаимосвязанной с суицидальными мыслями, позволяет предположить наличие различных путей формирования суицидального поведения у пациентов с аддиктивными и невротическими расстройствами. В качестве попытки выделения данных путей, был проведён факторный анализ данных симптомов в подгруппе пациентов с суицидальным поведением (табл. 1).

than among patients with neurotic anxiety-depressive disorders (41.2%). No statistical significance was found for a tendency towards a higher prevalence of suicidal thoughts among men ($p > 0.05$).

At the same time, the factor of comorbidity of addictive and anxiety-depressive symptoms significantly increases the risk of suicidal thoughts: from 10.5% in lucid alcoholism to 41.2% in comorbid anxiety-depressive states ($\chi^2=8.99$; $df=1$; $p=0.0027$), and from 33.3% in neurotic disorders without addictive symptoms to 63.6% in comorbid addictive states ($\chi^2=4.75$; $df=1$; $p=0.0294$). The relative risk of the double diagnosis factor is $RR=3.91$ and $RR=1.91$, respectively.

In the subgroup of patients with suicidal thoughts, a decrease in the level of socio-psychological adaptation was revealed – 38 (36; 40) points on the SASS vs. 42 (37; 47) in the subgroup with no suicidal thoughts, $Z=3.46$; $p=0.0005$. The most pronounced decrease in adaptation is observed in the sphere of "resources" (including involvement in social life, erudition, competence, organization), as well as in the professional sphere and in the sphere of "hobbies and leisure". The values of adaptation indicators in the spheres of "family" and "non-family communications" are comparable.

Correlation analysis of the relationship between suicidal thoughts, as one of the symptoms of the quantified scale "Maps of the standardized description of a patient at the Research Institute of Mental Health" (Tomsk) with the rest of the symptoms revealed, made it possible to identify a number of symptoms, the severity of which is statistically significantly associated with the severity of suicidal thoughts. In decreasing order of importance, these symptoms include: grave loneliness ($r_s=0.49$; $t=6.22$; $p<0.0001$), autonomic disorders ($r_s=0.44$; $t=5.48$; $p<0.0001$), communication disorders ($r_s=0.32$; $t=3.72$; $p=0.0003$), dyssomnia ($r_s=0.31$; $t=3.55$; $p=0.0005$), hypothyria ($r_s=0.30$; $t=3.43$; $p=0.0008$), dysphoric manifestations ($r_s=0.24$; $t=2.74$; $p=0.0071$), aggressiveness ($r_s=0.21$; $t=2.41$; $p=0.0175$), asthenia ($r_s=0.20$; $t=2.25$; $p=0.0261$).

The polymorphism of symptoms associated with suicidal thoughts suggests the existence of various pathways for the formation of suicidal behavior in patients with addictive and neurotic disorders. As an attempt to isolate these pathways, a factor analysis of these symptoms was carried out in a subgroup of patients with suicidal behavior (Table 1).

Таблица 1 / Table 1

Факторный анализ симптоматики, взаимосвязанной с суицидальными мыслями у пациентов с аддиктивными и невротическими расстройствами

Factor analysis of symptoms associated with suicidal thoughts in patients with addictive and neurotic disorders

Factor Loadings (Varimax raw) / Extraction: Principal components Marked loadings are >0,7	Фактор / Factor 1	Фактор / Factor 2	Фактор / Factor 3
Гипотимия / <i>Hypotimia</i>	0,803234	0,157509	0,186418
Астения / <i>Asthenia</i>	0,819151	0,014710	0,314304
Вегетативные нарушения / <i>Vegetative disorders</i>	0,518722	-0,268721	0,510744
Диссомния / <i>Dyssomnia</i>	0,279776	-0,086400	0,858744
Дисфорические проявления / <i>Dysphoric manifestations</i>	0,563171	0,222963	0,736476
Агрессивность / <i>Aggressivness</i>	0,121859	0,434485	0,770970
Коммуникативные нарушения / <i>Communication disorders</i>	-0,131881	0,832980	0,195155
Тягостное одиночество / <i>Painful loneliness</i>	0,532579	0,758486	-0,072705
Expl.Var	2,296585	1,612349	2,247569
Prp.Totl	0,287073	0,201544	0,280946

Полученные данные позволяют выделить такие варианты формирования суицидального поведения в исследуемом контингенте, как гипостеничный, отражённый в факторе 1 (связанный с астеническими проявлениями, сниженным настроением), стеничный, отражённый в факторе 3 (связанный с дисфоричностью, агрессивным поведением, а также с расстройствами сна), и отдельный вариант, связанный с коммуникативными нарушениями и тягостным одиночеством, отражённый в факторе 2. При этом вегетативные нарушения, обнаружившие тесную связь с суицидальностью, практически в равной степени могут проявляться и при стеничном, и при гипостеничном варианте.

Выраженность тревожно-депрессивной симптоматики статистически достоверно преобладала в среди пациентов с суицидальными мыслями при использовании всех применённых в исследовании методик. Наибольшая достоверность различий была получена в отношении шкалы депрессии Бека – показатель составил 18 (12; 24) баллов vs. 11 (8; 15) баллов при отсутствии суицидальных мыслей, $Z=-4,24$; $p<0,0001$.

Среди изученных социально-психологических факторов риска возникновения суицидальности у пациентов с алкогольной зависимостью и невротическими расстройствами обнаружена статистическая достоверность ($p<0,05$) для ряда факторов. К ним относятся: дисбаланс образовательного уровня родителей; семейное воспитание в бессистемных условиях, а также в условиях гипоопеки; крайние уровни материального статуса родительской семьи, как низкий, так и высокий; возбудимые черты характера в детстве; отрицательное отношение к детскому дошкольному учреждению; острые и хронические психотравмирующие ситуации в раннем детстве; нарушения отношений в учеб-

The data obtained make it possible to identify such variants of the formation of suicidal behavior in the studied contingent as *hyposthenic*, reflected in factor 1 (associated with asthenic manifestations, decreased mood), *stenic*, reflected in factor 3 (associated with dysphoricity, aggressive behavior, as well as with sleep disorders), and a separate variant associated with *communication disorders* and painful loneliness, reflected in factor 2. At the same time, autonomic disorders that have found a close relationship with suicidality can be almost equally manifested both in stenic and in the hyposthenic variant.

The severity of anxiety-depressive symptoms statistically reliably prevailed among patients with suicidal thoughts when using all the methods used in the study. The most significant differences were obtained in relation to the Beck Depression Scale – the indicator reached 18 (12; 24) points vs. 11 (8; 15) points in the absence of suicidal thoughts, $Z = -4.24$; $p<0.0001$.

Among the studied socio-psychological risk factors for suicidality in patients with alcohol addiction and neurotic disorders, statistical significance ($p<0.05$) was found for a number of factors. These include: an imbalance in the educational level of parents; family education in unsystematic conditions, as well as in conditions of hypo-care; extreme levels of the financial status of the parental family, both extremely low and extremely high; excitable personality traits in childhood; negative attitude towards kindergarten; acute and chronic traumatic situations in early childhood; violation of relations in the educational team in the form of conflicts or loneli-

ном коллективе в виде конфликтов либо одиночества пациента; специфика направленности интересов подросткового возраста, связанная с интересом к компьютеру, виртуальным играм, потреблению психоактивных веществ (ПАВ) и с отсутствием интереса к различным хобби, в том числе коммуникативным; хронические психотравмы подросткового возраста; наличие актуальных психотравм острого и хронического характера.

По выраженности относительного риска данные факторы распределились следующим образом (табл. 2).

ness of the patient; the specificity of the orientation of interests of adolescence, associated with an interest in a computer, virtual games, the consumption of psychoactive substances (PAS) and with a lack of interest in various hobbies, including those that involve communication; chronic psycho-trauma of adolescence; the presence of actual psychotraumas of acute and chronic nature.

According to the severity of the relative risk, these factors were distributed as follows (Table 2).

Таблица 2 / Table 2

Социально-психологические факторы суицидального риска
Socio-psychological factors of suicidal risk

Фактор / Factor		Относительный риск Relative Risk (RR):
1.	Актуальные хронические психотравмы, факт наличия независимо от субъективной значимости <i>Actual chronic psychotraumas, the fact of their presence, regardless of the subjective significance</i>	3,59
2.	Интересы подросткового возраста, связанные с компьютером <i>Computer-related interests during adolescence</i>	2,94
3.	Одиночество в учебном коллективе <i>Loneliness in the educational institution</i>	2,92
4.	Отсутствие в подростковом возрасте интересов, связанных с хобби <i>Lack of hobby interests during adolescence</i>	2,52
5.	Интересы подросткового возраста, связанные с употреблением ПАВ <i>Interests of adolescence associated with the use of psychoactive substances</i>	2,42
6.	Высокий материальный уровень родительской семьи <i>High financial status of the parental family</i>	2,36
7.	Хронические психотравмы в подростковом возрасте <i>Chronic psychotraumas during adolescence</i>	2,35
8.	Низкий материальный уровень родительской семьи <i>Low financial status of the parental family</i>	2,26
9.	Возбудимые черты характера в детстве <i>Excitable personality traits in child years</i>	2,22
10.	Отрицательное отношение к детскому дошкольному учреждению <i>Negative attitude towards visiting kindergarten</i>	2,11
11.	Интересы подросткового возраста, связанные с компьютерными играми <i>Computer gaming interests during adolescence</i>	2,11
12.	Бессистемные условия воспитания в семье <i>Unsystematic family bringing-up conditions</i>	2,08
13.	Конфликтные отношения в учебном коллективе <i>Conflict relations in the educational institution</i>	2,07
14.	Актуальные острые психотравмы высокой субъективной значимости <i>Actual acute psychotraumas of high subjective significance</i>	2,06
15.	Острые психотравмы в раннем детстве <i>Acute psychotrauma in early childhood</i>	1,99
16.	Хронические психотравмы в раннем детстве <i>Chronic psychotraumas in early childhood</i>	1,86
17.	Воспитание в семье в условиях гипоопеки <i>Hupo care family bringing-up</i>	1,85
18.	Отсутствие в подростковом возрасте интересов, связанных с общением с друзьями <i>Lack of interests during adolescence related to communication with friends</i>	1,76
19.	Дисбаланс образовательного уровня родителей, с более высоким уровнем образования у матери по сравнению с отцом / <i>Imbalance in the educational level of parents, with a higher level of education of the mother compared to the father</i>	1,63

Как видно из представленных данных, наиболее значимым фактором суицидального риска выступает наличие актуальной психотравмирующей ситуации хронического характера, при этом не играет роли субъективная значимость данной психотравмы (и при низкой, и при высокой значимости хронической психотравмы уровень выявления суицидальных мыслей – более 40%, при 11,8% у пациентов, отрицающих наличие актуальных хронических психотравм; $\chi^2=11,70$; $df=2$; $p=0,0029$).

Удельный вес пациентов, отметивших компьютер как объект основных интересов подросткового возраста, сравнительно невелик (14,5% всех обследованных). При этом данная группа пациентов обнаруживает крайне высокую частоту наличия суицидальных мыслей (77,8% vs. 26,4% при отсутствии компьютера в сфере основных подростковых интересов; $\chi^2=17,30$; $df=1$; $p=0,00003$).

Ещё менее распространённым среди обследованных был фактор отчуждённых отношений с одноклассниками, одиночества в школьном коллективе (9,7%). Обнаруженная распространённость суицидальных мыслей в данной группе – 83,3% vs. 28,5% при других типах взаимоотношений с одноклассниками; $\chi^2=27,47$; $df=4$; $p=0,00002$).

Наличие хобби в подростковом возрасте, занимающего ведущее место в сфере интересов, проявило себя как фактор снижения суицидального риска – обнаружение суицидальных мыслей в 15,4% случаев vs. 38,8% среди обследованных без подростковых хобби-реакций ($\chi^2=5,56$; $df=1$; $p=0,0183$).

6,5% пациентов назвали в сфере ведущих подростковых интересов употребление ПАВ. Распространённость суицидальных мыслей среди данных пациентов составила 75,0% vs. 31,0% в остальной части выборки ($\chi^2=6,46$; $df=1$; $p=0,0110$).

79,0% обследованных оценили уровень достатка родительской семьи как «средний». При этом достаточно редко встречающиеся отклонения от данной оценки, как в одну («низкий»), так и в другую сторону («высокий»), существенно повышают суицидальный риск. Среди лиц из высоко обеспеченных семей (12,9% всех обследованных) распространённость суицидальных мыслей выявлена на уровне 62,5% vs. 26,5% при среднем материальном уровне (в целом $\chi^2=11,26$; $df=2$; $p=0,0036$).

Психотравмы подросткового возраста статистически достоверно влияют на уровень распространённости суицидальных мыслей только в том случае, если данные психотравмы носили затяжной, хронический характер (достоверного воздействия острых подростковых психотравм на показатель суицидальности в исследовании не выявлено). Пациенты, перенесшие хро-

As can be seen from the data presented, the most significant factor of suicidal risk is the presence of an actual traumatic situation of a chronic nature, while the subjective significance of this psychotrauma does not play a role (both with low and high significance of chronic psychotrauma, the level of detection of suicidal thoughts among such patients exceeds 40%, compared with 11.8% in patients who deny the presence of actual chronic psychotraumata; $\chi^2=11.70$; $df=2$; $p=0.0029$).

The proportion of patients who noted the computer as the object of the main interests during their adolescent years is relatively small (14.5% of all surveyed). At the same time, this group of patients reveals an extremely high frequency of suicidal thoughts (77.8% vs. 26.4% for those who were not that interested in a computer while being a teenager; $\chi^2=17.30$; $df=1$; $p=0.00003$).

Even less common among those surveyed was the factor of alienated relationships with classmates, loneliness at school (9.7%). The found prevalence of suicidal thoughts in this group was 83.3% vs. 28.5% among those who had different types of relationships with their classmates; $\chi^2=27.47$; $df=4$; $p=0.00002$).

The presence of a hobby during adolescence, which occupies a leading place in the sphere of interests, proved to be a reducing suicidal risk factor – suicidal thoughts were detected in 15.4% of cases vs. 38.8% among those surveyed without adolescent hobby interests ($\chi^2=5.56$; $df=1$; $p=0.0183$).

6.5% of patients named the use of surfactants as the sphere of their leading teenage interests. The prevalence of suicidal thoughts among such patients was 75.0% vs. 31.0% in the rest of the sample ($\chi^2=6.46$; $df=1$; $p=0.0110$).

79.0% of the surveyed assessed the level of income of the parental family as “average”. At the same time, rather rare deviations from this assessment, both in one (“low”) and in the other direction (“high”), significantly increased the suicidal risk. Among people from wealthy families (12.9% of all surveyed), the prevalence of suicidal thoughts was revealed at 62.5% vs. 26.5% with an average financial level (on the whole $\chi^2=11.26$; $df=2$; $p=0.0036$).

Psychotraumata of adolescence have a statistically significant effect on the prevalence of suicidal thoughts only if the trauma data were of a protracted, chronic nature (the study did not reveal a significant effect of acute adolescent psychotraumata on the suicidality rate). Patients who underwent chronic psychotrauma in adolescence reveal suicidal thoughts in 60.0% of cases vs. 25.5% among patients

нические психотравмы в подростковом возрасте, обнаруживают суицидальные мысли в 60,0% случаев vs. 25,5% среди пациентов, отрицающих данные ситуации ($\chi^2=11,58$; $df=1$; $p=0,0007$).

Низкий материальный уровень родительской семьи отметили 8,1% обследованных; распространённость суицидальных мыслей в данной подгруппе – 60,0% vs. 26,5% при среднем материальном уровне (статистическая значимость приведена выше).

Следующим по выраженности относительного риска возникновения суицидальных мыслей фактором стал фактор преобладания возбудимых черт характера в детском возрасте. Показатель при наличии данного фактора выявлен в 55,6% случаев vs. 28,6% у носителей тормозимых черт и 23,3% при уравновешенном характере в детстве ($\chi^2=10,88$; $df=2$; $p=0,0043$).

Определённым защитным фактором в отношении возникновения суицидальных мыслей может выступать хорошая адаптация в детском коллективе в условиях дошкольного учреждения. В данном случае, при положительном отношении к посещению ДДУ показатель составил 20,6% vs. 42,9% при нейтральном отношении и предположительно среднем уровне адаптации, 50,0% при отсутствии посещения ДДУ и 62,5% при отрицательном отношении (предположительно низкой адаптации в дошкольном коллективе); $\chi^2=13,61$; $df=3$; $p=0,0035$.

Концентрация основных подростковых развлечений в виртуальном мире (компьютерные игры, развлекательные Интернет-сайты) связана с повышенной частотой возникновения суицидальных мыслей – в 62,5% случаев vs. 29,6% при отсутствии фактора; $\chi^2=6,72$; $df=1$; $p=0,0095$.

При бессистемности условий воспитания в семье (нечёткость предъявляемых требований, поощрений и наказаний, воспитание «под влиянием настроения») в дальнейшем обнаруживается наличие суицидальных мыслей в 58,3% случаев vs. 28,0% при иных типах семейного воспитания ($\chi^2=14,91$; $df=5$; $p=0,0108$).

Нарушения школьной адаптации, проявляющиеся в конфликтных отношениях в учебном коллективе, приводят к значению исследуемого показателя в 66,7% vs. 32,2% при других типах взаимоотношений с одноклассниками; статистическая значимость приведена выше.

В качестве последнего фактора, связанного с высоким ($RR>2,0$) суицидальным риском, в проведённом исследовании выявлен фактор наличия актуальных психотравмирующих ситуаций острого характера высокой субъективной значимости. При воздействии фактора наличие суицидальных мыслей выявлено в 44,1% случаев vs. 31,6% при острых психотравмах низкой значимости и 0,0% при отсутствии острых психотравм ($\chi^2=18,04$; $df=2$; $p=0,0001$).

denying these situations ($\chi^2=11.58$; $df=1$; $p=0.0007$).

The low financial level of the parental family was noted by 8.1% of the surveyed; the prevalence of suicidal thoughts in this subgroup reached 60.0% vs. 26.5% with an average financial level (the statistical significance is given above).

The factor of the prevalence of excitable character traits in childhood became the next factor in the severity of the relative risk of suicidal thoughts. The indicator in the presence of this factor was revealed in 55.6% of cases vs. 28.6% among carriers of inhibited traits and 23.3% with a balanced character in child years ($\chi^2=10.88$; $df=2$; $p=0.0043$).

A certain protective factor in relation to the occurrence of suicidal thoughts can be good adaptation in the peer team in a preschool institution. In this case, attending kindergarten with a positive attitude associated with 20.6% suicidal ideation prevalence vs. 42.9% when the attitude was neutral and level of adaptation was presumably average, followed with 50.0% for those who didn't attend any preschool institutions and 62.5% for those who had negative attitude (presumably low adaptation in the preschool); $\chi^2=13.61$; $df=3$; $p=0.0035$.

Concentration of leading teenage interests in the virtual world (computer games, entertainment Internet sites) is associated with an increased frequency of suicidal thoughts – 62.5% of cases versus 29.6% in the absence of that factor; $\chi^2=6.72$; $df=1$; $p=0.0095$.

When the conditions of upbringing in the family are unsystematic (unclear requirements, rewards and punishments, mood-influenced upbringing), the presence of suicidal thoughts is subsequently revealed in 58.3% of cases vs. 28.0% with other types of family education ($\chi^2=14.91$; $df=5$; $p=0.0108$).

Disorders of school adaptation, manifested in conflict relations in the educational team, bring the studied indicator to 66.7% vs. 32.2% for other types of relationships with classmates; the statistical significance is given above.

As the last factor associated with a high ($RR>2.0$) suicidal risk, the study identified the factor of the presence of acute psychotraumatic situations of high subjective significance. Under the influence of the factor, the presence of suicidal thoughts was revealed in 44.1% of cases vs. 31.6% in the case of acute psychotraumas of low significance and 0.0% in the absence of acute psychotraumas ($\chi^2=18.04$; $df=2$; $p=0.0001$).

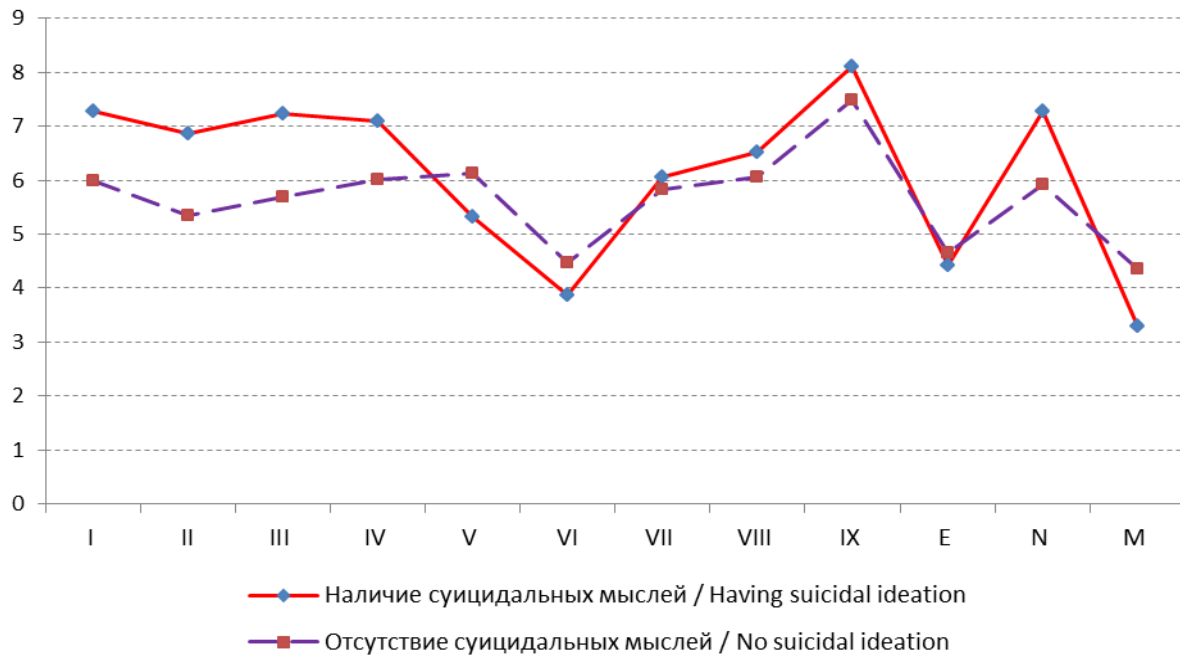


Рис. 1 / Fig. 1. Характерологические особенности при наличии и отсутствии суицидальных мыслей (по вертикальной оси приведены усредненные значения в баллах по шкалам FPI) / Characteristic features in the presence and absence of suicidal thoughts (the vertical axis shows averaged values in points on the FPI scales). Показатели Шкалы / Scale indicators: I – невротичность / neuroticity, II – спонтанная агрессивность / spontaneous aggressiveness, III – депрессивность / depression, IV – раздражительность / irritability, V – общительность / sociability, VI – уравновешенность / balanced personality, VII – реактивная агрессивность / reactive aggressiveness, VIII – застенчивость / shyness, IX – открытость / openness, E – экстраверсия / extraversion, N – эмоциональная лабильность / emotional lability, M – маскулинизм-феминизм / masculinism-feminism.

Средний уровень суицидального риска (1,0<RR<2,0) был установлен в исследовании для факторов: острых и хронических психотравм, перенесённых в раннем детском возрасте (52,9% vs. 26,7%, $\chi^2=7,61$; $df=1$; $p=0,0058$ и 54,5% vs.29,4%, $\chi^2=5,10$; $df=1$; $p=0,0239$ соответственно); условий воспитания по типу гипопеки (57,1% vs. 30,9% при иных типах семейного воспитания, статистическая значимость приведена выше); отсутствия в сфере преобладающих интересов подросткового возраста коммуникаций со сверстниками (40,0% vs. 22,7% при наличии данных интересов, $\chi^2=3,92$; $df=1$; $p=0,0478$); дисбаланса образовательного уровня родителей с более высоким уровнем матери по сравнению с отцом (47,1% vs. 30,0% при одинаковом уровне и 0,0% при более высоком уровне образования отца, $\chi^2=8,46$; $df=3$; $p=0,0373$).

Таким образом, приведённая модель социально-психологических факторов суицидального риска позволяет выделять среди пациентов с аддиктивной и невротической патологией группы риска, для проведения вмешательств суицидальной превенции.

На рис. 1 приведены усредненные профили характерологических особенностей пациентов с наличием и с отсутствием выявленных суицидальных мыслей в

The average level of suicidal risk (1.0<RR<2.0) was established in the study for the following factors: acute and chronic psychotraumas experienced in early childhood (52.9% vs. 26.7%, $\chi^2=7.61$; $df=1$; $p=0.0058$ and 54.5% vs. 29.4%, $\chi^2=5.10$; $df=1$; $p=0.0239$, respectively); conditions of upbringing according to the type of hypo-care (57.1% vs. 30.9% with other types of family upbringing, the statistical significance is given above); lack of communication with peers in the sphere of predominant interests of adolescence (40.0% vs. 22.7% if there was such interest, $\chi^2=3.92$; $df=1$; $p=0.0478$); imbalance in the educational level of parents with a higher level of the mother compared to the father (47.1% vs. 30.0% at the same level and 0.0% at a higher level of education of the father, $\chi^2=8.46$; $df=3$; $p=0.0373$).

Thus, the given model of socio-psychological factors of suicidal risk makes it possible to distinguish risk groups among patients with addictive and neurotic pathology for carrying out suicidal prevention interventions.

Fig. 1 shows the averaged profiles of the characterological characteristics of patients with and without a history of identified sui-

анамнезе.

По убыванию уровня статистической достоверности различий пациенты с суицидальными мыслями отличаются характерологическими чертами: депрессивности (в эмоциональном состоянии, в поведении, в отношениях к себе и к социальной среде); эмоциональной лабильности (связанной с неустойчивостью эмоционального состояния, частыми колебаниями настроения, повышенной возбудимостью, раздражительностью, недостаточной саморегуляцией); невротичности (в данном случае шкала опросника ориентирована на выявление астенизации и психосоматических нарушений). Различия по данным параметрам выявляются при уровне статистической достоверности $p < 0,001$. В меньшей степени, на уровне статистической достоверности различий $p < 0,01$, на формирование у пациентов суицидальных мыслей могут влиять черты спонтанной агрессивности (психопатизации интротенсивного типа, импульсивного поведения). При этом черты реактивной агрессивности, психопатизации экстратенсивного типа, проявляющейся агрессивным отношением к социальному окружению и выраженным стремлением к доминированию, не обнаружили в данном исследовании связи с суицидальностью. При том же уровне достоверности ($p < 0,01$) могут повышать суицидальный риск черты раздражительности (свидетельствующие о неустойчивом эмоциональном состоянии со склонностью к аффективному реагированию).

В качестве защитных характерологических черт проявили себя общительность (показатель, характеризующий как потенциальные возможности, так и реальные проявления социальной активности) и маскулинность (протекание психической деятельности преимущественно по мужскому типу). Определённую защитную роль могут играть и черты уравновешенности (в данном случае понятие связывается со стрессоустойчивостью, хорошей защищённостью к воздействию стресс-факторов обычных жизненных ситуаций, базирующейся на уверенности в себе, оптимистичности и активности). Однако межгрупповые различия не достигают уровня статистической достоверности.

Так же, как и при анализе взаимосвязей суицидальных мыслей с основной симптоматикой, во взаимосвязях показателя с характерологическими особенностями выявляется определённая полиморфность, позволяющая предположить наличие различных вариантов данных взаимосвязей. С целью выделения предполагаемых вариантов в группе пациентов с суицидальными мыслями проведён факторный анализ показателей, обнаруживших статистически достоверные взаимосвязи с суицидальностью. Результаты анализа приведены в табл. 3.

cidal thoughts.

In descending order of the level of statistical significance of differences, patients with suicidal thoughts differ in the following characterological features: depression (in the emotional state, in behavior, in attitudes towards oneself and towards the social environment); emotional lability (associated with the instability of the emotional state, frequent mood swings, increased excitability, irritability, insufficient self-regulation); neuroticity (in this case, the scale of the questionnaire is focused on identifying asthenization and psychosomatic disorders). Differences in these parameters are revealed at the level of statistical significance $p < 0.001$. To a lesser extent, at the level of statistical significance of the differences of $p < 0.01$, the formation of suicidal thoughts in patients can be influenced by the traits of spontaneous aggression (psychopathization of the intensive type, impulsive behavior). At the same time, the features of reactive aggressiveness, psychopathization of the extra-intensive type, manifested by an aggressive attitude towards the social environment and a pronounced desire for domination, were not found in this study of a connection with suicidality. At the same level of reliability ($p < 0.01$), the suicidal risk of irritability traits (indicating unstable emotional state with a tendency to an affective response) can increase.

Sociability (an indicator characterizing both potential opportunities and real manifestations of social activity) and masculinity (the course of mental activity predominantly according to the male type) showed themselves as protective characterological traits. Balanced personality traits can also play a certain protective role (in this case, the concept is associated with stress resistance, good protection against the effects of stress factors in ordinary life situations, based on self-confidence, optimism and activity). However, intergroup differences do not reach the level of statistical significance.

Just as in the analysis of the interrelationships of suicidal thoughts with the main symptoms, a certain polymorphism is revealed in the interrelationships of the indicator with characterological features, which makes it possible to assume the presence of different variants of these relationships. In order to isolate the presumed variants in the group of patients with suicidal thoughts, a factor analysis of the indicators that revealed statistically significant relationships with suicidality was carried out. The analysis results are shown in Table. 3.

Таблица 3 / Table 3

Факторный анализ характерологических черт, взаимосвязанных с суицидальными мыслями у пациентов с аддиктивными и невротическими расстройствами / Factor analysis of characterological traits interrelated with suicidal thoughts in patients with addictive and neurotic disorders

Factor Loadings (Varimax raw) / Extraction: Principal components Marked loadings are >0,7	Фактор / Factor 1	Фактор / Factor 2	Фактор / Factor 3
Шкала I / Scale (невротичность) / (neuroticity)	-0,020250	0,912684	-0,174974
Шкала II (спонтанная агрессивность) / (spontaneous aggressiveness)	0,955465	0,178167	-0,068227
Шкала III (депрессивность) / (depression)	0,409161	0,830521	-0,244095
Шкала IV (раздражительность) / (irritability)	0,750830	0,359545	0,008429
Шкала V (общительность) / (sociability)	-0,142645	-0,118995	0,950894
Шкала N (эмоциональная лабильность) / (emotional lability)	0,469237	0,833072	-0,145153
Шкала M (маскулинизм-феминизм) / (masculinism-feminism)	0,240429	-0,663145	0,589501
Expl.Var	1,508346	3,266177	1,367705
Prp.Totl	0,215478	0,466597	0,195386

Исходя из полученных результатов, можно выделить стеничный вариант формирования суицидальности (отражённый в факторе 1 и связанный с чертами спонтанной агрессивности и раздражительности), гипостеничный (фактор 2, черты невротичности, депрессивности и эмоциональной лабильности), а также отдельный вариант, связанный с незрелостью черт общительности (фактор 3). Данные результаты подтверждают полученные ранее, с выделением трёх сходных вариантов на основе взаимосвязей с симптоматикой пациентов.

Таким образом, при персонализации вмешательств по профилактике суицидального поведения среди пациентов с аддиктивными и невротическими расстройствами представляется целесообразным учитывать вариант формирования суицидальности – стеничный, гипостеничный, либо связанный с тягостным для пациента одиночеством.

Среди различных психотерапевтических методик с доказанной эффективностью, используемых как в целом при основном заболевании, так и для решения отдельных задач терапии, в данном случае – для профилактики суицидального поведения, нами была выбрана методика когнитивной копинг-терапии (cognitive-coping therapy) [24]. В нашей модификации (Воеводин И.В., Бохан Н.А., 2015), методика предполагает оценку 12 возможных иррациональных когнитивных установок и 19 векторов адаптивного либо неадаптивного копинга, сгруппированных в 9 модулей [25].

Результаты сравнительного анализа рациональности когнитивного стиля в группах пациентов с наличием и отсутствием суицидальных мыслей позволили установить значение в формировании суицидальности трёх иррациональных установок: внешнего локуса контроля – показатель 16 (14; 19) баллов vs. 19 (17; 23), $Z=4,04$; $p=0,0001$, низкой фрустрационной толерантности – 27 (23; 32) vs. 32 (25; 35), $Z=2,72$; $p=0,0064$ и неспособности к отсроченному гедонизму – 15 (13; 20) vs. 18 (15; 21), $Z=2,17$; $p=0,0303$.

Based on the results obtained, it is possible to distinguish the sthenic variant of the formation of suicidality (reflected in factor 1 and associated with traits of spontaneous aggressiveness and irritability), hyposthenic (factor 2, traits of neuroticity, depression and emotional lability), as well as a separate variant associated with the underdevelopment of sociability traits (factor 3). These results confirm those obtained earlier, with the allocation of three similar options based on relationships with patient symptomatology.

Thus, when personalizing interventions for the prevention of suicidal behavior among patients with addictive and neurotic disorders, it seems appropriate to take the variant of the formation of suicidality into account – stenic, hyposthenic, or associated with loneliness painful for the patient.

Among the various psychotherapeutic techniques with proven efficacy, used both in general for the underlying disease and for solving individual problems of therapy, in this case, for the prevention of suicidal behavior, we have chosen the technique of cognitive-coping therapy [24]. In our modification (Voevodin I.V., Bokhan N.A., 2015), the technique involves the assessment of 12 possible irrational cognitive attitudes and 19 vectors of adaptive or non-adaptive coping, grouped into 9 modules [25].

The results of a comparative analysis of the rationality of the cognitive style in groups of patients with and without suicidal thoughts allowed us to establish the significance of three irrational attitudes in the formation of suicidality: the external locus of control – an indicator of 16 (14; 19) points vs. 19 (17; 23), $Z=4,04$; $p=0,0001$, low frustration tolerance – 27 (23; 32) vs. 32 (25; 35), $Z=2,72$; $p=0,0064$ and inability to delayed hedonism – 15 (13; 20) vs. 18 (15; 21), $Z=2,17$; $p=0,0303$.

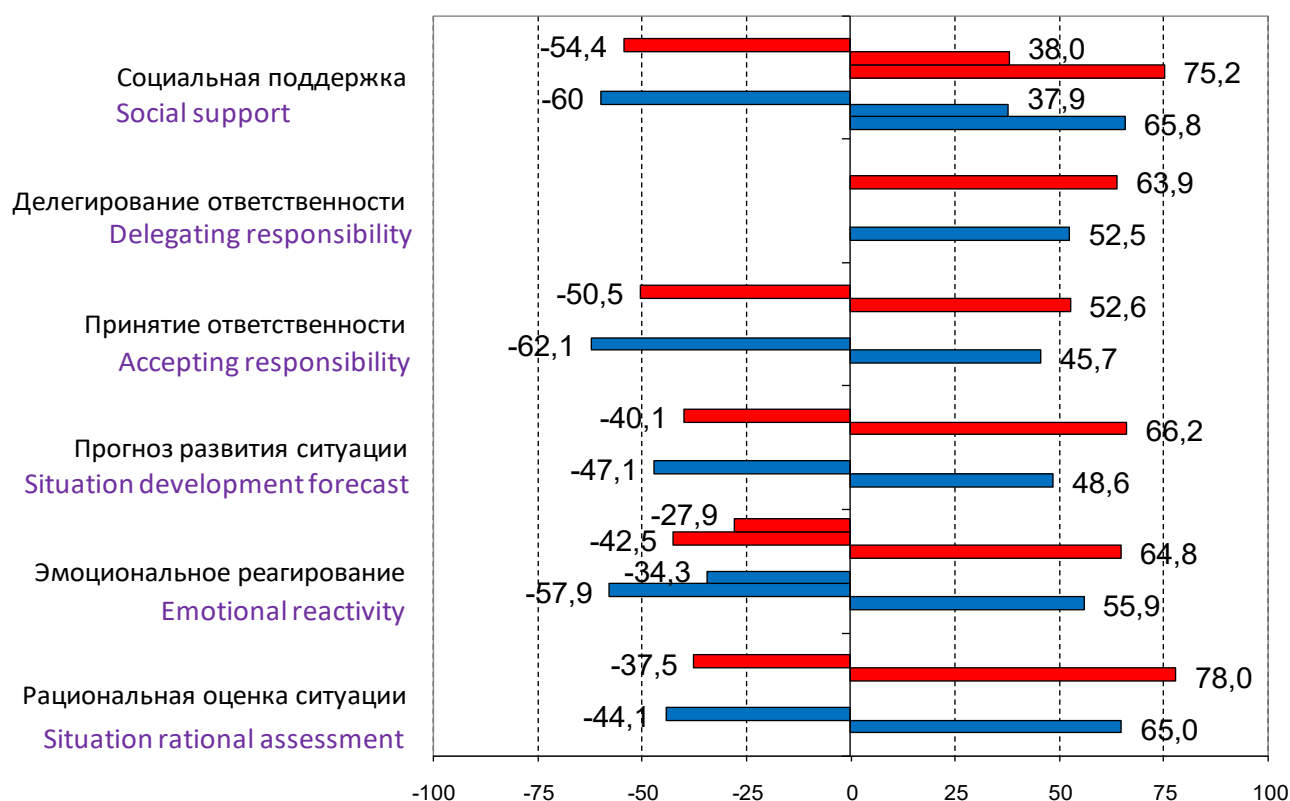


Рис. 2 / Fig. 2. Копинг-стиль пациентов с наличием и с отсутствием суицидальных мыслей (пояснения в тексте) / Coping style of patients with and without suicidal thoughts (explanations in the text).

Межгрупповые отличия копинг-стиля выявлены в 6 модулях. В модуле «Рациональная оценка стрессовой ситуации» – статистически достоверно, при $Z=3,31$; $p=0,0009$, в группе пациентов с наличием суицидальных мыслей снижено значение адаптивного вектора «готовность к оценке» (на рис. 2 усреднённые результаты данной группы в баллах обозначены синим цветом, группы пациентов без суицидальных мыслей – красным; адаптивные векторы направлены вправо, неадаптивные – влево). В модуле «Эмоциональное реагирование на ситуацию» группа с суицидальными мыслями характеризуется большей выраженностью неадаптивного вектора «отчаяние» (при $Z=-1,98$; $p=0,0475$); в модуле «Прогноз развития ситуации» в рассматриваемой группе обнаружена низкая выраженность адаптивного вектора «уверенность» (при $Z=2,33$; $p=0,0196$); модуль «Принятие ответственности» характеризуется для пациентов с суицидальными мыслями более выраженным неадаптивным вектором «возмущение» (при $Z=-2,00$; $p=0,0454$); также, в меньшей степени выражены адаптивные векторы копинга, связанные с готовностью делегировать часть ответственности за решение проблем (при $Z=2,49$; $p=0,0129$) и готовности воспринимать социальную поддержку (при $Z=1,98$; $p=0,0477$).

Таким образом, при проведении когнитивной ко-

Intergroup differences in coping style were identified in 6 modules. In the "Rational assessment of a stressful situation" module for the group of patients with the presence of suicidal thoughts the value of the adaptive vector "readiness for assessment" is statistically significantly reduced, with $Z=3.31$; $p=0.0009$, (in Fig. 2, the averaged results of this group in points are marked in blue, and for groups of patients without suicidal thoughts they are in red; adaptive vectors are directed right, non-adaptive are directed left). In the "Emotional response to the situation" module the group with suicidal thoughts is characterized with a greater severity of the non-adaptive vector "despair" (with $Z=-1.98$; $p=0.0475$); in the module "Forecast of the development of the situation" for the group under consideration, a low intensity of the adaptive vector "confidence" was found (at $Z=2.33$; $p=0.0196$); the "Acceptance of responsibility" module for patients with suicidal thoughts is characterized with a more pronounced non-adaptive vector "indignation" (at $Z=-2.00$; $p=0.0454$); also, adaptive coping vectors associated with the willingness to delegate part of the responsibility for solving problems (at $Z=2.49$; $p=0.0129$) and the readiness to perceive social support (at $Z=1.98$;

пинг-терапии у пациентов с повышенным суицидальным риском целесообразно сделать акцент на указанных иррациональных установках и копинг-стратегиях.

Заключение.

Профилактика суицидального поведения среди молодых пациентов с алкогольной зависимостью и невротическими тревожно-депрессивными расстройствами является одной из актуальных задач терапии, вследствие высокой распространённости суицидальных мыслей в данном контингенте. При этом в качестве группы риска следует рассматривать пациентов с коморбидными состояниями, с определёнными характерологическими особенностями, с проявлениями социально-психологического неблагополучия (перенесённые психотравмирующие ситуации, негармоничные условия воспитания в детстве, нарушения адаптации в дошкольном и учебном коллективах, специфика преобладающих интересов в подростковом возрасте – с концентрацией в «виртуальном мире», при неразвитости хобби-реакций и реакций коммуникации со сверстниками).

В формировании суицидальности можно предположить три основных варианта (стенный, гипостенный и связанный с тягостным одиночеством). Данные варианты проявляются как на уровне характерологических черт (спонтанная агрессивность с раздражительностью, либо эмоциональная лабильность со склонностью к депрессивности, либо неразвитость черт общительности), так и на уровне симптоматики, наблюдаемой в клинической картине (дисфория с агрессивными проявлениями, либо астенизация с гипотимией, либо коммуникативные нарушения с тягостным одиночеством). Вариант формирования суицидальности следует учитывать при персонализации психотерапевтических вмешательств. В качестве одного из решений задачи профилактики суицидального поведения может быть использована методика когнитивной копинг - терапии, предполагающая выявление и коррекцию иррациональных когнитивных установок (в первую очередь внешнего локуса контроля, низкой фрустрационной толерантности и неспособности к отсроченному гедонизму), с формированием адаптивного копинг - стиля (с акцентами на готовность к рациональной оценке стрессоров, продуктивное взаимодействие с окружением и навыки эмоциональной саморегуляции).

Литература / References:

1. Святогор М.В., Лащлес П.Р. Факторы, ассоциированные с суицидальным поведением молодежи (на примере студентов медицинского ВУЗа). *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2019; 12: 42-46. [Svyatogor M.V., Latsples P.R. Factors associated with suicidal behavior of youth (on the exam-

p=0.0477).

Thus, when conducting cognitive coping therapy in patients with an increased suicidal risk, it is advisable to focus on the indicated irrational attitudes and coping strategies.

Conclusions

Prevention of suicidal behavior among young patients with alcohol addiction and neurotic anxiety-depressive disorders is one of the urgent tasks of therapy due to the high prevalence of suicidal thoughts in this contingent. Plus, patients with comorbid conditions, with certain characterological characteristics, as well as with manifestations of socio-psychological ill-being (transferred psychotraumatic situations, inharmonious conditions of education in childhood, adaptation disorders in preschool and educational groups), and the specifics of the predominant interests in the "virtual world" during adolescence, with the underdevelopment of hobby reactions and reactions of communication with peers) should also be considered as a risk groups.

In the formation of suicidality, three main options can be assumed (stenic, hyposthenic and associated with painful loneliness). These options are manifested both at the level of characterological traits (spontaneous aggressiveness with irritability, or emotional lability with a tendency to depression, or underdevelopment of sociability traits), and at the level of symptoms observed in the clinical picture (either dysphoria with aggressive manifestations, or asthenization with hypothyria, or communication disorders with painful loneliness). The variant of the formation of suicidality should be taken into account when personalizing psychotherapeutic interventions. As one of the solutions to the problem of preventing suicidal behavior, the method of cognitive coping therapy can be used, which involves the identification and correction of irrational cognitive attitudes (primarily the external locus of control, low frustration tolerance and inability to delayed hedonism), with the formation of an adaptive coping style (with emphasis on readiness for a rational assessment of stressors, productive interaction with the environment and the skills of emotional self-regulation).

ple of medical university students). *Bulletin of neurology, psychiatry and neurosurgery*. 2019; 12: 42-46.] (In Russ)
2. Blasco M.J., Vilagut G., Alayo I., Almenara J., Cebrià A.I., Echeburúa E., Gabilondo A., Gili M., Lagares C., Piqueras J.A., Roca M., Soto-Sanz V., Ballester L., Urdangarin A., Bruffaerts R., Mortier P., Auerbach R.P., Nock M.K., Kessler R.C., Alonso J. First-onset and persistence of suicidal ideation in university stu-

- dents: A one-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 256: 192-204.
3. Бохан Н.А., Воеводин И.В., Мандель А.И., Аболонин А.Ф. Суицидальное и парасуицидальное рискованное поведение среди высокообразованной молодежи: дихотомия формирования и дифференцированные возможности когнитивно-поведенческой копинг-терапии. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 27-35. [Bokhan N.A., Voevodin I.V., Mandel A.I., Abolonin A.F. Suicidal and parasuicidal risk-taking behaviour among the highly educated young people: dichotomy of forming and differentiated abilities of cognitive-behavioural coping-therapy. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 27-35.] (In Russ)
 4. Бохан Н.А., Воеводин И.В. Аутодеструктивность в формировании аддиктивных и невротических расстройств: суицидальное и рискованное поведение. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2016; 1: 59-65. [Bokhan N.A., Voevodin I.V. Self-destruction in the formation of addictive and neurotic disorders: suicidal and risk-taking behaviour. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2016; 1: 59-65.] (In Russ)
 5. Куприянова И.Е., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Клинические особенности подпороговой депрессии у подростков в зависимости от пола. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2019; 10 (2): 216-224. [Kupriyanova I.E., Dashieva B.A., Karaush I.S. Clinical Features of Subthreshold Depression in Adolescents, Depending on Gender. *Psychiatry, Psychotherapy, and Clinical Psychology*. 2019; 10 (2): 216-224.] (In Russ)
 6. Бохан Н.А., Аболонин А.Ф., Мандель А.И., Назарова И.Я., Стоянова И.Я. Агрессия и суицидальное поведение подростков в различных условиях социализации. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 50-59. [Bokhan N.A., Abolonin A.F., Mandel A.I., Nazarova I.A., Stoyanova I.Ya. Aggression and suicidal behavior of adolescents in various conditions of socialization. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 50-59.] (In Russ)
 7. Husain M.O., Umer M., Taylor P., Chaudhry N., Kiran T., Ansari S., Chaudhry I.B., Husain N. Demographic and psychosocial characteristics of self-harm: The Pakistan perspective. *Psychiatry Research*. 2019; 279: 201-206.
 8. Guo L., Wang W., Wang T., Li W., Gong M., Zhang S., Zhang W.-H., Lu C. Association of emotional and behavioral problems with single and multiple suicide attempts among Chinese adolescents: Modulated by academic performance. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 258: 25-32.
 9. Аксенов М.М., Гычев А.В., Белокрылова М.Ф., Семке В.Я., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Перчаткина О.Э., Рудницкий В.А., Левчук Л.А., Костин А.К. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ "НИИПЗ" СО РАМН, 2009-2012 гг.). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 4 (79): 11-17. [Aksenov M.M., Gychev A.V., Belokrylova M.F., Semke V. Ya., Vetlugina T.P., Nikitina V.B., Perchatkina O.E., Rudnitsky V.A., Levchuk L.A., Kostin A.K. Stress resistance and desadaptation in non-psychotic mental disorders (results of complex theme of research work of Mental Health Research Institute SB RAMSCI, 2009-2012). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013; 4 (79): 11-17.] (In Russ)
 10. Beckman K., Lindh A.U., Waern M., Stromsten L., Renberg E.S., Runeson B., Dahlin M. Impulsive suicide attempts among young people – A prospective multicentre cohort study in Sweden. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 243: 421-426.
 11. Peterson A.L., Chen J.I., Karver M.S., Labouliere C.D. Frustration with feeling: Latent classes of non-suicidal self-injury and emotion regulation difficulties. *Psychiatry Research*. 2019; 275: 61-70.
 12. Счастный Е.Д., Семке А.В., Рахмазова Л.Д., Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Невидимова Т.И., Розин А.И., Чернышева К.Г., Шепенев А.М., Шахурова Н.И. Биологические и клинико-социальные механизмы развития аффективных расстройств (итоги комплексной темы НИР ФГБУ "НИИПЗ" СО РАМН, 2009-2012 гг.). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 5 (80): 18-27. [Schastnyy E.D., Semke A.V., Rakhmazova L.D., Simutkin G.G., Lebedeva E.V., Nevidimova T.I., Rozin A.I., Chernysheva K.G., Shepenev A.M., Shakhurova N.I. Biological and clinical-social mechanisms of development of affective disorders (results of complex theme of research work of Mental Health Research Institute SB RAMSCI, 2009-2012). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013; 5 (80): 18-27.] (In Russ)
 13. Andover M.S., Schatten H.T., Morris B.W., Miller I.W. Development of an Intervention for Nonsuicidal Self-Injury in Young Adults: An Open Pilot Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2015; 22 (4): 491-503.
 14. Счастный Е.Д., Бохан Т.Г., Бохан Н.А., Заикина М.Д., Терехина О.В. Стратегии поведения в ситуации болезни и средства, способствующие улучшению состояния у лиц с психическими расстройствами с коморбидным синдромом депрессии. *Сибирский психологический журнал*. 2017; 64: 120-133. [Schastnyy E.D., Bokhan T.G., Bokhan N.A., Zaikina M.D., Terekhina O.V. The behavior strategies in situations of disorder and measures contributing health conditions of patients with mental illnesses combined with comorbid depression syndrome). *Siberian Psychological Journal*. 2017; 64: 120-133.] (In Russ)
 15. Рыбакова К.В., Рыбакова Т.Г., Незнанов Н.Г., Ерышев О.Ф. Влияние коморбидных хронических депрессивных расстройств на формирование и течение алкогольной зависимости. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013; 113 (6-2): 27-32. [Rybakova K.V., Rybakova T.G., Neznanov N.G., Eryshev O.F. Effect of comorbid depression on the development and course of alcohol dependence. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013; 113 (6-2): 27-32.] (In Russ)
 16. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J. Child. Psychol. Psychiatry*. 2006; 47: 372-394.
 17. Sloan E., Hall K., Simpson A., Youssef G.J., Moulding R., Mildred H., Staiger P.K. An Emotion Regulation Treatment for Young People With Complex Substance Use and Mental Health Issues: A Case-Series Analysis. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2018; 25 (3): 427-441.
 18. Britton P.C., Patrick H., Wenzel A., Williams G.C. Integrating Motivational Interviewing and Self-Determination Theory With Cognitive Behavioral Therapy to Prevent Suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2011; 18 (1): 16-27.
 19. Khosravani V., Mohammadzadeh A., Bastan F.S., Amirinezhad A., Amini M. Early maladaptive schemas and suicidal risk in inpatients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*. 2019; 271: 351-359.
 20. Curry J.F., Wells K.C., Lochman J.E., Craighead W.E., Nagy P.D. Group and family cognitive behavior therapy for adolescent depression and substance abuse: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2001; 8 (4): 367-376.
 21. Overholser J.C. Cognitive-behavioral treatment of depression: A three-stage model to guide treatment planning. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2003; 10 (3): 231-239.
 22. Мазурова Л.В., Стоянова И.Я., Бохан Н.А. Особенности адаптивно-защитного стиля у женщин с семейной созависимостью и алкогольной зависимостью. *Сибирский психологический журнал*. 2009; 31: 33-35. [Mazurova L.V., Stoyanova I.Ya., Bokhan N.A. Peculiarities of adaptive-defensive style in patients with family co-dependence and alcohol dependence. *Siberian Psychological Journal*. 2009; 31: 33-35.] (In Russ)
 23. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения. *Академический журнал Западной Сибири*. 2010; 3: 35-36. [Zotov P. B. Questions of identification of clinical forms and classification of suicidal behavior. *Academic journal of Western Siberia*. 2010; 3: 35-36.] (In Russ)
 24. Zhao H.Z., Wang C.H., Gao Z.Z., Ma J.D., Hu X.Z. Effectiveness of cognitive-coping therapy and alteration of resting-state brain function in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 208: 184-190.
 25. Воеводин И.В., Бохан Н.А. Когнитивно-поведенческая копинг-профилактика аддиктивных и аффективных состояний у студентов (новый подход к оценке иррациональных когнитивных установок и копинга). *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2015; 2: 42-50. [Voevodin I.V., Bokhan N.A. Cognitive-behavioral coping-prevention of addictive and affective disorders among the students (new approach to evaluation of irrational cognitions and coping). *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2015; 2: 42-50.] (In Russ)

FORMATION OF SUICIDALITY AMONG YOUNG PATIENTS WITH ADDICTIVE AND NEUROTIC DISORDERS: SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS AND PSYCHOTHERAPY

N.A. Bokhan^{1,2},
I.V. Voevodin^{1,3},
A.I. Mandel¹

¹ Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia; mental@tnimc.ru

² Siberian State Medical University, Tomsk, Russia; mental@tnimc.ru

³ National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia; email: i_voevodin@list.ru

Abstract: The high prevalence of suicidal phenomena among young patients with addictive and neurotic disorders makes it necessary to include components of suicidal prevention in therapeutic programs. At the same time, among interventions with proven effectiveness, the leading place is taken by methods related to increasing the cognitive rationality and adaptability of the stress response. Aim: to substantiate the methodology for identified groups of suicidal risk and approaches to its prevention among young highly educated patients with addictive and neurotic pathology based on cognitive-coping therapy. Materials and methods: 124 young patients (aged 19-35, 56.5% male, 43.5% female) were examined, 72 of whom were alcohol addicted, 52 had neurotic anxiety and depressive disorders. Clinical and psychopathological, psychometric, and statistical methods were applied. Results: a history of suicidal thoughts was found in 25% of young patients with alcohol addiction and in 41.2% of patients with neurotic disorders. As groups of increased suicidal risk patients with comorbid conditions (both addictive and anxiety-depressive) are identified, as well as patients with manifestations of socio-psychological distress (psychotraumatic situations, inharmonious conditions of bringing-up in childhood, violations of adaptation in preschool and educational institutions, the specifics of prevailing interests during adolescence with concentration in the "virtual world", with underdeveloped hobby reactions and reactions of communication with peers) in both nosological groups. In the formation of suicidality in patients with addictive and neurotic disorders, three main variants (sthenic, hyposthenic, and associated with communicative incompetence) are identified by factor analysis. These variants are manifested both at the level of characterological traits, and at the level of symptoms observed in the clinical picture. The prevailing variant of suicidality formation should be taken into account when personalizing psychotherapeutic interventions. As one of the solutions to the problem of preventing suicidal behavior, the method of cognitive coping therapy can be used, which involves the identification and correction of irrational cognitive attitudes with the formation of an adaptive coping style of patients. The highest value for suicidal risk was found for cognitive distortions associated with external locus of control, low frustration tolerance, and inability to delay hedonism. Maladaptive coping style is primarily associated with a lack of readiness for rational assessment of stressors, inability to interact productively with the environment, and violations of emotional self-regulation. Conclusions: the identification of comorbidity of addictive and neurotic anxiety and depressive disorders, specific manifestations of socio-psychological distress and certain characterological traits in young patients indicates the need to include in the psychotherapeutic complex of measures to prevent suicide risk. The basis for these measures can be cognitive-coping therapy personalized for the leading variant of suicidality formation.

Keywords: suicidality, suicidal thoughts, alcohol dependence, anxiety and depressive disorders, social and psychological risk factors, cognitive-coping therapy

Вклад авторов:

N.A. Bokhan: формулировка концепции и структуры исследования, написание и редактирование текста статьи;

I.V. Voevodin: анализ литературы, получение данных для анализа, статистическая обработка и анализ результатов исследования, написание текста статьи;

A.I. Mandel: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

N.A. Bokhan: formulation of the concept and structure of the study, article writing and correcting;

I.V. Voevodin: reviewing relevant publications, empirical research, statistical data processing, article writing;

A.I. Mandel: reviewing of publications of the article's theme; article writing, article editing.

Финансирование: Статья выполнена по основному плану НИР в рамках Государственного задания по теме: «Комплексное исследование клиничко-психопатологических закономерностей и патобиологических механизмов формирования и прогрессивности социально значимых психических и поведенческих расстройств с разработкой инновационных методов ранней диагностики, персонализированных стратегий терапии и профилактики». Номер государственной регистрации: АААА-А19-119020690013-2.

Financing: The article is carried out according to the basic plan of research within the framework of the State tasks "Comprehensive study of clinical and psychopathological patterns and pathobiological mechanisms of formation and progressivity of socially significant mental and behavioral disorders with the development of innovative methods of early diagnosis, personalized strategies for therapy and prevention". Number: АААА-А19-119020690013-2.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 26.01.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 29.06.2020.

Для цитирования: Бохан Н.А., Воеводин И.В., Мандель А.И. Формирование суицидальности у молодых пациентов с аддиктивными и невротическими расстройствами: социально-психологические факторы риска и психотерапия. *Суицидология*. 2020; 11 (2): 66-81. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-66-81

For citation: Bokhan N.A., Voevodin I.V., Mandel A.I. Formation of suicidality among young patients with addictive and neurotic disorders: social and psychological risk factors, and psychotherapy. *Suicidology*. 2020; 11 (2): 66-81. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-66-81

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМ И СОЦИАЛЬНОМ ТРЕВОЖНОМ РАССТРОЙСТВЕ

О.А. Сагалакова, О.В. Жирнова, Д.В. Труевцев, Н.А. Бохан, И.Я. Стоянова, Е.Ю. Брель

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет», г. Барнаул, Россия

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»

НИИ психического здоровья, г. Томск, Россия

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», г. Томск, Россия

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR FORMATION IN OBSESSIVE-COMPULSIVE AND SOCIAL ANXIETY DISORDER

O.A. Sagalakova, O.V. Zhirnova,

D.V. Truetsev, N.A. Bokhan,

I.Ya. Stoyanova, E.Yu. Brel

Altai State University, Barnaul, Russia

Mental Health Research Institute,

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

Tomsk National State University, Tomsk, Russia

Siberian State Medical university, Tomsk, Russia

Сведения об авторах:

Сагалакова Ольга Анатольевна – кандидат психологических наук (SPIN-код: 4455-7179; Researcher ID: U-4959-2019; Scopus ID: 57190580782; ORCID iD: 0000-0001-9975-1952). Место работы и должность: доцент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет». Адрес: Россия, 656049, г. Барнаул, пр. Ленина, 61. Телефон: +7 (906) 945-16-80, электронный адрес: olgasagalakova@mail.ru

Жирнова Ольга Владимировна – студентка, специальность «Клиническая психология» (SPIN-код: 6870-8526; ORCID iD: 0000-0002-6680-8286). Место учёбы: кафедра клинической психологии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет». Адрес: Россия, 656049, г. Барнаул, пр. Ленина, 61. Телефон: +7 (923) 649-89-19, электронный адрес: olga.zhirnova.2015@mail.ru

Труевцев Дмитрий Владимирович – кандидат психологических наук (SPIN-код: 2983-0984; Researcher ID: U-4998-2019; Scopus ID: 57190579221; ORCID iD: 0000-0003-4246-2759). Место работы и должность: заведующий кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет». Адрес: Россия, 656049, г. Барнаул, пр. Ленина, 61. Телефон: +7 (960) 957-12-79, электронный адрес: truetsev@gmail.com

Бохан Николай Александрович – академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Место работы и должность: руководитель отделения аддиктивных состояний, директор НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования факультета психологии ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». Адрес: Россия, 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36; заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: +7 (3822) 72-43-79, электронный адрес: mental@tnimc.ru

Стоянова Ирина Яковлевна – доктор психологических наук, профессор (SPIN-код: 5048-1557; Researcher ID: O-1358-2014; Scopus ID: 57193702114; ORCID iD: 0000-0003-2483-9604). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования факультета психологии ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». Адрес: Россия, 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36. Телефон: +7 (913) 821-92-66, электронный адрес: ithka1948@mail.ru

Брель Елена Юрьевна – доктор психологических наук (SPIN-код: 1306-8390; ORCID iD: 0000-0002-7737-8058). Место работы и должность: старший научный сотрудник лаборатории когнитивных исследований и психогенетики факультета психологии ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». Адрес: Россия, 634050, г. Томск, Московский тр., 2. Телефон: +7 (925) 324-22-27, электронный адрес: brelelena@mail.ru

Information on authors:

Sagalakova Olga Anatolyevna – candidate of psychological sciences (SPIN-code: 4455-7179; Researcher ID: U-4959-2019; Scopus ID: 57190580782; ORCID iD: 0000-0001-9975-1952). Place of work and position: lecturer of the Department of Clinical Psychology of Altai State University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 36 Lenin Avenue. Tel.: +7 (906) 945-16-80, email: olgasagalakova@mail.ru

Zhirnova Olga Vladimirovna – student, specialist programme "Clinical psychology" (SPIN-code: 6870-8526; ORCID iD: 0000-0002-6680-8286). Place of study: Department of Clinical Psychology of Altai State University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 36 Lenin Avenue. Tel.: +7 (923) 649-89-19, email: olga.zhirnova.2015@mail.ru

Truetsev Dmitry Vladimirovich – candidate of psychological sciences (SPIN-code: 2983-0984; Researcher ID: U-4998-2019; Scopus ID: 57190579221; ORCID iD: 0000-0003-4246-2759). Place of work and position: Head of the Department of Clinical Psychology, Altai State University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 36 Lenin Avenue. Tel.: +7 (960) 957-12-79, email: truetsev@gmail.com

Bokhan Nikolay Aleksandrovich – Academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, MD, PhD (SPIN-code: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Place of work and position: Head of the Department of Addictive States, Director of the Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str.; Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Siberian State Medical University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 2 Moscow Tract. Phone: +7 (3822) 72-40-15, email: mental@tnimc.ru

Stoyanova Irina Yakovlevna – Doctor of Psychology, Professor (SPIN-code: 5048-1557; Researcher ID: O-1358-2014; Scopus ID: 57193702114; ORCID iD: 0000-0003-2483-9604). Place of work and position: lead researcher of Affective States Department of Mental Health Research Institute of Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str.; professor of the Department of Psychotherapy and Psychological Counseling of the Psychology Faculty of National Research Tomsk State University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 36 Lenin Avenue. Tel.: +7 (913) 821-92-66, email: ithka1948@mail.ru

Brel Elena Yuryevna – Doctor of Psychology (SPIN-code: 1306-8390; ORCID iD: 0000-0002-7737-8058). Place of work and position: senior researcher of the Department of Psychotherapy and Psychological Counseling of the Psychology Faculty of National Research Tomsk State University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 36 Lenin Avenue. Tel.: + 7 (925) 324-22-27, email: brelelena@mail.ru

В статье представлено описание антивитального и суицидального поведения при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР) и социальном тревожном расстройстве (СТР). Анализируются современные работы относительно условий, коморбидных состояний, повышающих риск суицидальности при ОКР и СТР, в том числе трансдиагностические особенности, когнитивные и эмоциональные предикторы суицидального поведения (руминации, фокусировка на ошибке, перфекционизм, нарушение регуляции эмоций, алекситимия). Отмечена роль общих когнитивных механизмов и особенностей когнитивного стиля представленных расстройств личности. Исследования показывают, что при СТР часто нарушается социальное взаимодействие, сопровождаемое болезненным чувством принадлежности и переживанием восприятия себя как обузы, что создаёт условие для повышенного риска суицидального поведения. При ОКР отмечается значимость чувства безнадежности и/или беспомощности при возникновении суицидальных мыслей и соответствующего поведения. Обозначена дискуссионная тема относительно депрессивных состояний и их роли в повышении риска самоубийства. Показана значимая прогностическая роль истории попыток самоубийства в контексте вероятности будущего суицидального поведения, что согласуется с отечественной концепцией относительно общих (социодемографических, психиатрических) факторов риска. Суицидальное поведение рассматривается как динамичный, разворачивающийся во времени процесс, что обуславливает выделение первичных и производных нарушений в структуре психической деятельности. Обсуждается важность разграничений собственно суицидальных мыслей и навязчивых идей, связанных с аутоагрессией. Поднимается вопрос относительно механизмов развития суицидальности: содержание obsessions и навязчивых руминаций, правила вынесения суждений или хронификация кумулятивного напряжения в «психологическом поле»? Рассматриваются представления относительно роли перфекционизма как системы дисфункциональных мыслей и особого когнитивного стиля в формировании самоубийств при изучаемых нарушениях. Показана неодинаковая роль obsessions и compulsions на разных этапах течения ОКР при формировании суицидальности. Импульсивность рассматривается как нейропсихологическая особенность, характеризующая хронификацию патологического состояния и повышающая риск суицидального поведения. Поднимается вопрос по поводу общих и различных условий формирования суицидальности при ОКР и СТР. Использование таких стратегий контроля психической деятельности, как тревога, беспокойство, катастрофизация связано с повышением суицидального риска у лиц с ОКР. Тревожный компонент квалифицируется как дополнительный источник нарастающего напряжения, затрачивающий компенсаторные ресурсы человека при обоих нарушениях. Для СТР характерно нарушение регуляции эмоций в ситуации оценивания, актуализация неопосредованного поведения, направленного на поиск безопасности. Обозначается проблема в направлении комплексной оценки суицидального риска. В русле модели антивитального и суицидального поведения, предложен механизм суицидальности при СТР, ОКР в виде нарастающего кумулятивного напряжения, неадаптивной компульсивной регуляции навязчивостей с явлениями декомпенсации эмоционально-личностной сферы в условиях эволюции иерархии мотивов и кризиса развития. Показано наиболее значимое влияние мыслительного компонента как запускающего механизма развития патологических процессов, compulsions – как фактора инвалидизации и катализатора самоубийств. Эта модель связана с концепцией А.Г. Амбрумовой относительного суицидальности как комплексного феномена. Анализируется перспектива дальнейших исследований, в том числе по такой теме, как приобретение личностного смысла жизнедеятельности в контексте коррекции самоповреждающего поведения.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, социальное тревожное расстройство, антивитальное и суицидальное поведение, напряжение в «психологическом поле», руминации, беспокойство, чувство безнадежности, перфекционизм

Современный взгляд на характеристику преморбидных свойств личности, закономерностей развития и поддержания психических расстройств, особенности клинической картины, вероятностный прогноз, а также

The modern view on the characteristics of the premorbid personality traits, the patterns of development and maintenance of mental disorders, the peculiarities of the clinical picture, the probabilistic prognosis, as well

коморбидность психологических синдромов во многом отражает структурную, основанную на выделении диагностических критериев логику построения ведущих классификаций болезней. Опыт неврологических, генетических, психологических экспериментов способствует определению условных границ симптоматики тех или иных психических нарушений, что решает задачу дифференциации патологических состояний при постановке диагноза. Так, например, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), ранее входящее в группу тревожных расстройств, на данный момент в DSM-V и МКБ-11 составляет самостоятельную рубрику «Обсессивно-компульсивное и связанные с ним расстройства (OCD)». Одним из важных аргументов такого пересмотра явилось выраженное переживание при ОКР не только тревоги, но и специфических чувств – чувства «незавершённости», «правильности», стыда, вины [1]. В актуально сформированную группу также входят обонятельное расстройство, трихотилломания, эксфолиационное расстройство, синдром Туретта и др., которые ранее не рассматривались в непосредственной близости с ОКР. По МКБ-11 основной клинический признак объединения психических синдромов – повторяющиеся нежелательные мысли, образы, побуждения / импульсы и связанное с ними повторяющееся (скрытое и/или явное) поведение. Нозологические трансформации касаются и социального тревожного расстройства (СТР): в МКБ-11 на смену отнесения расстройства к видам фобий (социальная фобия) приходит анализ первичного тревожного компонента. Данные трансформации связаны со значимыми научными результатами, показавшими весомый вклад нейрокогнитивных, когнитивных и метакогнитивных механизмов в формировании и поддержание расстройства. При обоих расстройствах (ОКР, СТР) значимыми переживаниями отмечаются чувство вины и стыда, а также особый когнитивный стиль (фокусировка на ошибке, мониторинг ошибки, руминация¹), связанный с повышенной вероятностью формирования вторичных симптомов депрессии и суицидальном риском.

ОКР характеризуется выраженными нарушениями в сфере социального взаимодействия, профессиональ-

as the comorbidity of psychological syndromes, largely reflect the structural logic of the construction of the leading classifications of diseases, based on the selection of diagnostic criteria. The experience of neurological, genetic, psychological experiments contributes to the determination of the conditional boundaries of the symptomatology of certain mental disorders, which solves the problem of differentiating pathological conditions during diagnostics. So, for example, obsessive-compulsive disorder (OCD) previously included in the group of anxiety disorders, constitutes at the moment an independent category of "Obsessive-compulsive and related disorders (OCD)" in both DSM-V and ICD-11. One of the important arguments for such revision was expressed experiencing of not only anxiety, but also of specific feelings such as feelings of "incompleteness", "correctness", shame, guilt in OCD [1]. The currently formed group also includes olfactory disorder, trichotillomania, excoriation disorder, Tourette's syndrome, and others, which were not previously considered in close proximity to OCD. According to ICD-11, the main clinical criteria that unifies these mental syndromes is repetitive unwanted thoughts, images, urges / impulses and associated repetitive (hidden and / or explicit) behavior. Nosological transformations also happened to social anxiety disorder (SAD): in ICD-11, the classification of the disorder as a type of phobia (social phobia) is replaced by the analysis of the primary anxiety component. These transformations are associated with significant scientific results supported with a significant contribution of neurocognitive, cognitive and metacognitive mechanisms in the formation and maintenance of the disorder. In both disorders (OCD, SAD), significant feelings of guilt and shame are noted, as well as a special cognitive style (focusing on error, monitoring errors, rumination¹) associated with an increased likelihood of secondary symptoms of depression and suicidal risk.

¹Руминация (ruminatio; лат. пережевывание) – сводное обозначение способов неадаптивного осознанного мышления, вращающегося вокруг определённой темы, часто связанной с негативной информацией; повторные и пассивные размышления о симптомах депрессии, их возможных причинах и последствиях (S. Nolen-Hoeksema). Это метакогнитивный процесс, связанный с обдумыванием потерь, неуспеха, направленный в прошлое, способствующий «застреванию» внимания на угрозе и усилению «избегания». Руминация – ключевой компонент когнитивного синдрома внимания (cognitive attentional syndrome, CAS), поддерживающий симптомы психических расстройств (ОКР, расстройства аффективного спектра), направлен на попытку справиться с негативными переживаниями (A. Wells).

Rumination (ruminatio; lat. Chewing) is a combined definition of ways of non-adaptive conscious thinking revolving around a certain topic that is often associated with negative information; repeated and passive reflections on the symptoms of depression, their possible causes and consequences (S. Nolen-Hoeksema). This is a metacognitive process associated with thinking about losses, failure, directed to the past, contributing to holding attention on the threat and strengthening of "avoidance". Rumination is a key component of cognitive attentional syndrome (CAS), which supports the symptoms of mental disorders (OCD, affective spectrum disorders), and is aimed at trying to cope with negative experiences (A. Wells).

ной деятельности человека, имеет хроническое течение, нередко приводящее к инвалидизации [2]. На фоне распространённости данного синдрома у 1,5-3,5% населения [3] частота попыток суицида при ОКР достигает 14,6%. Таким образом, риск суицидального поведения при ОКР сопоставим с аналогичным риском при других тяжелых психических расстройствах, например, таких как депрессия и шизофрения, и более высок, чем при посттравматическом стрессовом расстройстве или расстройстве употребления алкоголя [4]. Как при ОКР, так и СТР страдает качество жизни, включённость в систему привычных для ментальности видов деятельности. В течение жизни при СТР попытки суицида совершаются в 12-15% случаев [5, 6], до 35% пациентов имеют суицидальные мысли [7]. В рамках Интерперсональной модели суицида [8] К.А. Arditte и соавт. [9] это объясняют тем, что при СТР часто нарушается социальное взаимодействие, сопровождаемое нарушенным чувством принадлежности и переживанием восприятия себя как обузы. Вкупе с приобретённой в течение жизни способностью к самоубийству (снижение страха смерти, толерантность к боли), часто сопряженной с наличием попыток суицида в прошлом, данные особенности выступают весомым риском - фактором суицидального поведения при СТР.

Несмотря на современные доказательные данные, исторически считалось, что пациенты с ОКР имеют низкий риск совершения попыток суицида [10]. Обозначенные противоречивые результаты относительно связи между ОКР и попытками самоубийства объяснялись тем, что для пациентов с данным синдромом характерна тенденция регулировать свои агрессивные импульсы, избегать ситуации в высокой вероятностью причинения вреда, ущерба, фиксировать и контролировать суицидальные мысли и соответствующее поведение, особенно при наличии сопутствующих расстройств [11].

П.Б. Зотов и Е.Б. Любов выделяют общие (социодемографические, психиатрические) факторы риска суицидального поведения, среди которых суицидальная попытка в прошлом наряду с историей самоубийства в семье выступают самым важным прогностическим фактором суицида [12]. В. Dell'Osso и соавт. [13] отмечают, что более высокие показатели риска суицида наблюдаются у пациентов с ОКР, имеющих опыт предыдущих госпитализаций, особенно по поводу суицидальных попыток, в то же время L. Fernández-Cruz и соавт. (2017), F. Velloso и соавт. (2016) обнаружили, что наличие мыслей о самоубийстве почти удваивает риск попытки суицида в анамнезе [14, 15]. Отечественные авторы так же отмечают, что прошлая попытка самоубийства является важным фактором её повто-

OCD is characterized by severe disorders in the sphere of social interactions and professional activities, has a chronic course, often leads to disability [2]. Even though the prevalence of this syndrome in the population is only 1.5-3.5% [3], the frequency of suicide attempts in OCD reaches 14.6%. Thus, the risk of suicidal behavior in OCD is comparable to that in other severe mental disorders, such as depression and schizophrenia, and is higher than in PTSD or alcohol abuse disorder [4]. In both OCD and SAD, the quality of life suffers, as well as the inclusion in the system of activities habitual for the mentality. During life with SAD, suicide attempts are made in 12-15% of cases [5, 6], up to 35% of patients have suicidal thoughts [7]. Within the framework of the Interpersonal model of suicide [8] K.A. Arditte et al. [9] this is explained by the fact that SAD often disrupts social interaction, accompanied by a sense of thwarted belongingness and perception of self as a burden. Together with the ability to commit suicide acquired during life (reduced fear of death, tolerance to pain), often associated with the presence of suicide attempts in the past, these features are a significant risk factor for suicidal behavior in SAD.

Despite the current evidence, historically OCD patients have been considered to have a low risk of attempting suicide [10]. The indicated conflicting results regarding the relationship between OCD and suicide attempts were explained by the fact that patients with this syndrome tend to regulate their aggressive impulses, avoid situations with a high probability of causing harm or damage, record and control suicidal thoughts and corresponding behavior, especially in the presence of concomitant disorders [11].

P.B. Zotov and E.B. Lyubov identify common (socio-demographic, psychiatric) risk factors for suicidal behavior, among which a suicide attempt in the past, along with a history of suicide in the family, is the most important predictor of suicide [12]. V. Dell'Osso et al. [13] note that higher rates of suicide risk are observed in patients with OCD who have experience of previous hospitalizations, especially for suicidal attempts, at the same time L. Fernández-Cruz et al. (2017), F. Velloso et al. (2016) found that the presence of thoughts of suicide almost doubles the risk of attempted suicide in the follow-up [14, 15]. Domestic authors also note that the past suicide attempt is an important factor in its repetition in the future: "once crossed the line ..." [16].

рения в будущем: «переступивший черту однажды...» [16].

Согласно концепции А.Г. Амбрумовой (1980), суицидальное поведение – следствие социально - психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта [17]. И.А. Кудрявцев (2013) осмысляет самоубийство как тяжелейший результат нарушения социальной адаптации человека, выраженное влияние на закономерности формирования которого имеют общие смысловые образования личности, регулирующие решение «задачи на смысл» исходя из высших ценностей и конкретных мотивов суицидального поведения [18]. Научное психологическое общество при изучении проблемы суицидальности опирается на системный анализ сложного опосредованного взаимодействия ряда переменных, лежащих в основе самоубийств. Так, в концепциях суицидальности [19, 20] негативный жизненный опыт, социально - демографические условия, эмоционально - личностные особенности составляют важнейшие факторы формирования суицидального поведения.

Учёными активно обсуждается вопрос относительно факторов, условий, коморбидных состояний, повышающих риск суицидальности при ОКР и тревожных расстройствах. Однако метаанализ существующих работ показывает фрагментарность психологических исследований относительно выявления механизмов данного поведения; большинство работ концентрируется на изучении производных процессов, связанных с антивитальной направленностью личности и суицидальностью, при этом квалификация первичных нарушений оказывается вне поля исследования [21]. Наряду с этим историческая близость ОКР и тревожных расстройств, вероятно, может ответить на вопросы, касаемые не только обнаружения качественных различий процессов синдрообразования данных нарушений, но и общих механизмов развития и поддержания патологических процессов, в частности, суицидального поведения. В работах показаны общие когнитивные механизмы суицидальных намерений и поведения, характерные при навязчивых мыслях и социальной тревоге, связанные с особым типом когнитивного стиля, когнитивным синдромом внимания. Навязчивый характер угрюмого обдумывания, «нагнетения» («gloomings»), руминаций, а также склонность к мониторингу ошибки / несоответствия, самофокусировке внимания, – формирует условие для нарастания напряжения в психической деятельности и невозможности переключения, его своевременной «разрядки». Вторичные попытки прерывания и контроля циклически замкнутой фазы навязчивого размышления по механизму патологического круга лишь усиливают тревожное обдумывание, происходит

According to the concept of A.G. Ambrumova (1980), suicidal behavior is a consequence of the socio-psychological maladjustment of the personality in the conditions of the experienced microsocial conflict [17]. I.A. Kudryavtsev (2013) comprehends suicide as the most difficult result of a violation of social adaptation of a person, a pronounced influence on the patterns of formation of which is made by the general meaning formations of the individual that regulate the solution of the “task for meaning” based on the highest values and specific motives of suicidal behavior [18]. When studying the problem of suicidality, the scientific psychological society relies on a systematic analysis of the complex mediated interaction of a number of variables that underlie suicide. Thus, in the concepts of suicidal behavior [19, 20], negative life experiences, socio-demographic conditions, emotional and personal characteristics are the most important factors in the formation of suicidal behavior.

Scientists are actively discussing the factors, conditions, comorbid states that increase the risk of suicidality in OCD and anxiety disorders. However, a meta-analysis of existing works shows that psychological research regarding the identification of the mechanisms of this behavior is fragmented; most of the works concentrate on the study of derivative processes associated with the antivital orientation of the personality and suicidality, while the qualification of primary disorders is outside the field of study [21]. Along with this, the historical closeness of OCD and anxiety disorders can probably answer the questions concerning not only the detection of qualitative differences in the processes of syndromic formation of these disorders, but also the general mechanisms of development and maintenance of pathological processes, in particular, suicidal behavior. The works show the general cognitive mechanisms of suicidal intentions and behavior, characteristic of obsessive thoughts and social anxiety, associated with a special type of cognitive style, cognitive attention syndrome. The obsessive nature of gloomy thinking, “gloomings”, rumination, as well as a tendency to monitor errors / inconsistencies, self-focus of attention, form a condition for an increase of tension in mental activity and the impossibility of switching it off timely or to “release” it. Secondary attempts to interrupt and control the cyclically closed phase of compulsive thinking by the mechanism of the pathological circle only intensify anxious thinking, tension in the

аккумуляция напряжения в психике. Руминации выступают трансдиагностическим механизмом формирования суицидальных идеаций и поведения при связанных с тревогой расстройствах, характеризуют фиксированность на неприятном опыте или переживаниях (неуспех), а также причинах и последствиях этого опыта. Руминации по поводу негативного опыта вторично вызывают дистресс в связи с безуспешными попытками произвольно блокировать повторяющиеся помимо воли мысли.

Роль алекситимического пространства в формировании депрессивных и суицидальных проявлений.

В последние годы, изучая вклад психологических особенностей в формирование расстройств тревожно-депрессивного спектра, исследователи обращаются к проблеме алекситимии, связанной с нарушением способности к распознаванию и словесному обозначению эмоций. Большинство из них рассматривают алекситимию как совокупность признаков, характеризующих особый психический склад индивидов, создающий предрасположенность к заболеваниям психосоматической специфичности [22, 23]. Следует отметить, что данный феномен связывается с широким кругом психических нарушений (депрессии, вторичные психосоматические расстройства при хронических заболеваниях).

Большинство проводимых исследований предусматривало сравнение групп алекситимичных и неалекситимичных пациентов. Наблюдали несколько большую распространённость СТР, ОКР и соматоформных расстройств среди стационарных алекситимических пациентов, а также более высокую частоту панических расстройств [24]. Алекситимию рассматривают как системное компенсаторно-адаптивное образование, проявляющее себя на интрапсихическом, поведенческом и соматическом уровнях психической активности человека. На интрапсихическом уровне при насыщенности тревожного состояния различными негативными переживаниями, либо субъективной интерпретации внешних событий как негативных, угрожающих, а также общем дефиците эмоционального опыта, алекситимия может выступать в качестве фактора риска суицидального поведения [25].

В дальнейшем представлен теоретико - методологический анализ актуальных подходов и эмпирических исследований относительно механизмов формирования антивиталяного и суицидального поведения (АВСП) при СТР и ОКР.

Чувство безнадежности как депрессивный компонент и развитие АВСП при ОКР: объяснительная концепция или опосредующий феномен?

Показатели распространённости сопутствующих

psyche tends to accumulate. Rumination acts as a transdiagnostic mechanism for the formation of suicidal ideations and behavior in anxiety-related disorders, characterizes fixation on unpleasant experiences or experiences (failure), as well as the causes and consequences of this experience. Ruminations about negative experiences again cause distress due to unsuccessful attempts to intentionally block thoughts that are repeated against their will.

The role of alexithymic space in the formation of depressive and suicidal manifestations.

In recent years, while studying the contribution of psychological characteristics to the formation of anxiety-depressive spectrum disorders, researchers have turned to the problem of alexithymia associated with impaired ability to recognize and verbalize emotions. Most of them consider alexithymia as a set of features that characterize the special mental makeup of individuals, which creates a predisposition to diseases of psychosomatic specificity [22, 23]. It should be noted that this phenomenon is associated with a wide range of mental disorders (depression, secondary psychosomatic disorders in chronic diseases).

Most of the studies conducted involved comparison of groups of alexithymic and non-alexithymic patients. There was a slightly higher prevalence of SAD, OCD and somatoformed disorders among inpatient alexithymic patients, as well as a higher incidence of panic disorder [24]. Alexithymia is considered as a systemic compensatory-adaptive formation that manifests itself at the intrapsychic, behavioral and somatic levels of a person's mental activity. At the intrapsychic level, when anxiety state gets saturated with various negative experiences, or when subjective interpretation of external events tends to be negative or threatening, as well as a general deficit of emotional experience, alexithymia can act as a risk factor for suicidal behavior [25].

Further, a theoretical and methodological analysis of current approaches and empirical studies on the mechanisms of the formation of antivital and suicidal behavior (AVSB) in SAD and OCD is presented.

Feelings of hopelessness as a depressive component and the development of AVSB in OCD: an explanatory concept or a mediating phenomenon?

The prevalence of comorbid mental illness in people with OCD is strikingly high (up

психических заболеваний у лиц с ОКР поразительно высоки (до 80%), считаются одним из наиболее важных факторов инвалидизации при данном синдроме [26], так как взаимовлияние коморбидных синдромов связано со значительным повышением риска негативных последствий во всех сферах деятельности человека [27, 28]. Кроме того, жизнь с ОКР может восприниматься и осознаваться перманентно задающей повышенные требования к человеку, значительно затрачивающей его ресурсы, что связано с переживанием тревоги, развитием депрессии и суицидального поведения [29].

Наиболее коморбидным и отягощающим синдромом при ОКР выступает депрессия (от 12% до 70%) [30], при этом в МКБ-11 отмечается возможность и важность одновременной диагностики депрессивного состояния и ОКР как психических расстройств, которым требуется различное лечение; большинство исследователей согласны с данными, что одна треть пациентов с ОКР имеют одновременно депрессивное состояние на момент обследования [31]. J. Angst и соавт. [32] высказываются мнение, что люди с ОКР не получают достаточную им социальную поддержку, окружающие часто оценивают их состояние как не требующее особого внимания, что влияет на развитие безнадежности и беспомощности как предикторов формирования депрессии. Доказано, что сочетанность депрессии и ОКР связана с хронификацией и выраженностью ОК-симптоматики, значительными трудностями в выполнении людьми разных видов деятельности, интенсивностью чувства безнадежности и/или беспомощности и АВСП [29].

Исследователи отмечают, что 6,4% пациентов с ОКР сообщают о суицидальных мыслях в течение последнего месяца, 26,9% – в течение жизни имеют данный опыт; попытки самоубийства обнаруживаются у 9% пациентов. Однако некоторые авторы высказываются за более высокие показатели встречаемости суицидального поведения пациентов с ОКР – до 20% [33, 34]. В рассматриваемых исследованиях у людей с ОКР чувство безнадежности, депрессивное состояние, представление о себе как о беспомощном, неспособном противостоять стрессовым ситуациям осмысливается как предиктор развития АВСП. Вместе с тем P. Kamath и соавт. (2017) отмечают, что история попыток самоубийства присутствует у 27% пациентов с ОКР, а депрессию и безнадежность эти авторы рассматривают как отчасти необходимое, но всё же недостаточное условие совершения самоубийства. Это обуславливает концентрацию внимания ученых на поиске специфических факторов динамики суицидальности у пациентов с ОКР в противовес концептуальным объяснениям АВСП депрессивными переживаниями [35].

to 80%), and is considered one of the most important factors of disability in this syndrome [26], since the interinfluence of comorbid syndromes is associated with a significant increase in the risk of negative consequences in all areas of human activity [27, 28]. In addition, life with OCD can be perceived and thought of as permanently setting increased demands on the person, significantly spending his resources, which is associated with the experience of anxiety, the development of depression and suicidal behavior [29].

The most comorbid and aggravating syndrome in OCD is depression (from 12% to 70%) [30], while the ICD-11 notes the possibility and importance of the simultaneous diagnosis of depression and OCD as mental disorders that require different treatment; most researchers agree with the data that one third of patients with OCD are simultaneously depressed at the time of examination [31]. J. Angst et al. [32] suggest that people with OCD do not receive sufficient social support, others often assess their condition as not requiring special attention, which affects the development of hopelessness and helplessness as predictors of depression. It has been proven that the combination of depression and OCD is associated with the chronicity and severity of OCD symptoms, significant difficulties in people performing different types of activities, the intensity of feelings of hopelessness and / or helplessness and AVSB [29].

The researchers note that 6.4% of patients with OCD report suicidal thoughts in the last month, 26.9% have this experience during their lifetime; suicide attempts are detected in 9% of patients. However, some authors advocate higher rates of suicidal behavior in patients with OCD – up to 20% [33, 34]. In the studies of people with OCD under consideration, feeling of hopelessness, depressive state, the idea of helplessness, feeling unable to withstand stressful situations were interpreted as predictors of the development of AVSB. At the same time, P. Kamath et al. (2017) note that a history of suicide attempts is present in 27% of patients with OCD, and these authors consider depression and hopelessness as partly necessary, but still not a sufficient condition for committing suicide. This explains the focus of scientists on the search for specific factors in the dynamics of suicidality in patients with OCD, as opposed to the conceptual explanations of AVSB by depressive experiences [35].

Is the presence of a comorbid mental illness, for example, depression, a phenomenon

Является ли присутствие сопутствующего психического заболевания, в частности депрессии, феноменом, исчерпывающе объясняющим повышенный уровень самоубийств? С одной стороны, отмечается дефицит экспериментально-психологических исследований, объясняющих опосредующую связь между ОКР и суицидальностью, с другой, перспективное применение медиаторного анализа для выявления и дальнейшего изучения потенциальной роли депрессии и других сопутствующих заболеваний при ОКР может ответить на вопрос относительно формирования АВСП у таких пациентов. Нам представляется целесообразным рассматривать чувство безнадежности, мысли о себе как о беспомощном, неспособном адаптироваться в условиях болезни как производные нарушения, новообразования в системе убеждений пациента, признаки накопленного «напряжения» в условиях болезни, как единицы, составляющие цепь опосредующих звеньев между собственно механизмом развития суицидальности при ОКР и попытками самоубийства.

Вклад навязчивостей в развитие АВСП.

Существует иная точка зрения в рассматриваемой проблеме – значимость качественных особенностей ОКР и отдельных симптомов в развитии суицидальности. Установлено, что общая тяжесть симптомов ОКР имеет значительный вклад в формирование клинической картины суицидального поведения, но некоторые исследователи приводят данные, что этот вклад становится второстепенным, а наиболее значимое влияние на становление патологического процесса оказывают сопутствующие ОКР психические расстройства [36]. Однако Е. Hollander и соавт. обнаружили, что высокая вероятность попыток самоубийства при ОКР наблюдается как при наличии коморбидных заболеваний, так и без них [37].

Обнаружено, что навязчивые мысли (обсессии) значимо связаны с суицидальностью по сравнению с навязчивыми действиями (компульсиями), причём отдельные исследователи предполагают, что тяжелые навязчивые идеи могут рассматриваться как первичное нарушение психики, ведущее к формированию АВСП [35]. В зависимости от того, какие свойства обсессий как мыслительного компонента при ОКР ставятся во главу угла: форма построения обсессивных умозаключений (если ..., то), смысловое насыщение навязчивых идей, динамика навязчивых мыслей и действий, перманентное переживание психологического напряжения и его кумуляция по поводу интрузий¹ – условно можно

that fully explains the increased suicide rate? On the one hand, there is a lack of experimental psychological studies explaining the mediating relationship between OCD and suicidality, on the other hand, the promising use of mediator analysis to identify and further study the potential role of depression and other concomitant diseases in OCD can answer the question of how AVSB is formed in such patients. It seems appropriate to us to consider the feeling of hopelessness, the thought of oneself as helpless and/or unable to adapt to the conditions of illness as derivatives of those disorders, neoplasms in the patient's belief system, signs of accumulated "tension" in conditions of illness, units that make up a chain of mediating links the actual mechanism for the development of suicidality in OCD and suicide attempts.

The contribution of obsessions to the development of AVSB.

There is another point of view on the problem under consideration – the significance of the qualitative features of OCD and individual symptoms in the development of suicidality. The overall severity of OCD symptoms have been established to have a significant contribution to the formation of the clinical picture of suicidal behavior, but some researchers cite data that this contribution becomes secondary, and mental disorders associated with OCD have the most significant influence on the development of the pathological process [36]. However, E. Hollander et al. found that a high probability of suicide attempts in OCD is observed with and without comorbid diseases [37].

Obsessive thoughts (obsessions) were found to be significantly associated with suicidality in comparison with obsessive actions (compulsions), and some researchers suggest that severe obsessions can be considered as a primary mental disorder leading to the formation of AVSB [35]. Depending on what properties of obsessions as a mental component in OCD are put at the forefront – the form of building obsessive inferences (if ... then), semantic saturation of obsessive ideas, the dynamics of obsessive thoughts and actions, permanent experience of psychological stress and its accumulation due to intrusions¹ – we can conditionally distinguish several cog-

¹Интрузия (позднелатинское intrusio – внедрение, от лат. intrudo – вталкивать) – навязчивое повторное переживание события, сопровождающееся образами, мыслями, переживаниями; субъективное ощущение деструктивного вторжения во внутренний мир. Например, и. мысли при ОКР – навязчивые мысли, воспринимающиеся как собственные, однако субъективно неприятные и/или неприемлемые, вызывающие чувство дискомфорта и побуждение избавиться от них (контролировать, блокировать). Контроль и попытки "не думать" вторгающиеся мысли часто приводят к обратному эффекту – их усилению.

выделить несколько когнитивных моделей относительно вклада obsessions в развитие AVSP.

При СТР навязчивые руминации, негативные пост-ситуативные или пред-ситуативные интрузивные образы и мысли часто связаны с недавними или предстоящими социальными взаимодействиями и предполагаемыми последствиями. Отмечается, что выраженность руминативного цикла приводит к перегрузке психической деятельности, невозможность переключиться может провоцировать нарушение сна и качество бодрствования [38, 39]. Это по механизму патологического цикла лишь усиливает напряжение и перегрузку психической системы, и может провоцировать риски суицидального поведения. Угрюмые («grooming») руминации при социальной тревоге, исходя из работ I. Orue и соавт. (2014), выступают опосредующим фактором, объясняющим связь между когнитивными неадаптивными схемами при СТР и симптомами депрессии, антивитальной настроенности [40].

Тематическое содержание obsessions и AVSP при ОКР.

Многие исследования направлены на изучение содержания obsessions в отношении развития суицидального поведения; именно специфика тематической представленности навязчивых идей, по мнению некоторых авторов, выступают тем опосредующим звеном, объясняющим формирование при ОКР AVSP. Работы показывают повышенную распространённость риска суицида у людей с симптомами чистоты и загрязнения (57%), религиозными (45%) и сексуальными (33%) навязчивыми идеями, навязчивыми ритуалами (31%) и др., такие как потребность прикоснуться к чему-либо и что-то сказать / спросить (26%) [30]. В отдельных исследованиях [38, 41] получены данные, подтверждающие гипотезу о том, что навязчивые идеи насилия играют особую роль в развитии суицидальности при ОКР помимо влияния депрессивных симптомов. Отмечается связь формирования суицидальных мыслей у пациентов с ОКР не только с депрессивными симптомами, возрастом, детскими нарушениями и симптомами тревоги, но также с obsessions симметрии, порядка, навязчивыми идеями по поводу сексуальности, религии.

V. Balci и L. Sevincok (2010) подчеркивают роль агрессивных навязчивых идей наряду с наличием депрессии, безнадежности и общей тяжести симптоматики ОКР как значимых факторов рецидива переживания суицидальных мыслей у пациентов с ОКР [42]. Наряду с этим, показана парадоксальная связь между пережи-

nitive models regarding the contribution of obsessions to the development of AVSP.

In SAD, obsessive ruminations, negative post-situational or pre-situational intrusive images and thoughts are often associated with recent or upcoming social interactions and anticipated consequences. The severity of the ruminative cycle is noted to lead to an overload of mental activity, the inability to switch can provoke sleep disturbance and the quality of being awake [38, 39]. This, according to the mechanism of the pathological cycle, only increases the tension and overload of the mental system, and can provoke the risks of suicidal behavior. Gloomy ("grooming") ruminations in social anxiety, based on the work of I. Orue et al. (2014), act as a mediating factor explaining the relationship between cognitive maladaptive schemes in SAD and symptoms of depression and antivital mood [40].

Thematic content of obsessions and AVSP in OCD.

A lot of researches have been focused on the content of obsessions in terms of the development of suicidal behavior; it is the specificity of the thematic representation of obsessions, in the opinion of some authors, that acts as a mediating link that explains the formation of AVSP in OCD. The works show an increased prevalence of the risk of suicide in people with symptoms of cleanliness and contamination (57%), religious (45%) and sexual (33%) obsessions, obsessive rituals (31%), etc., such as the need to touch something or say / ask something (26%) [30]. Certain studies [38, 41] found the data to support the hypothesis that obsessions with violence play a special role in the development of suicidality in OCD, besides the influence of depressive symptoms. There is a connection between the formation of suicidal thoughts in patients with OCD not only with depressive symptoms, age, childhood disorders and symptoms of anxiety, but also with obsessions of symmetry, order, obsessions about sexuality, religion.

V. Balci, L. Sevincok (2010) emphasize the role of aggressive obsessions along with the presence of depression, hopelessness and the overall severity of OCD symptoms as significant factors in the relapse of suicidal thoughts in patients with OCD [42]. Along with this, a paradoxical relationship between the experience of anger and suicidality is

Intrusion (late Latin intrusio - introduction, from Lat. Intrudo - push in) - an obsessive re-experiencing of an event, accompanied by images, thoughts, experiences; subjective feeling of a destructive intrusion into the inner world. For example, and. thoughts in OCD - obsessive thoughts, perceived as their own, but subjectively unpleasant and / or unacceptable, causing a feeling of discomfort and the urge to get rid of them (control, block). Controlling and trying to "not think" intruding thoughts often lead to the opposite effect - their amplification.

ванием гнева и суицидальностью: так, стресс, с одной стороны, повышает риск насильственного агрессивного поведения, с другой стороны, уменьшает риск тяжелых суицидальных действий [43]. Следовательно, противоречивые данные обостряют вопрос дальнейшего изучения в данном направлении и обозначают самостоятельную проблему опосредования насильственных навязчивых идей в контексте агрессивного и суицидального поведения [44]. Вместе с тем, на этом фоне открывается другая научная тема относительно редких, производящих общественный резонанс ситуаций: самоубийств, совершённых после убийства, или «расширенных самоубийств», которые А.В. Голенков определяет как постгомицидные самоубийства [45]. В исследовании S. Flynn и соавт. (2009) обнаружена распространённость тревожных, панических и обсессивно-компульсивных расстройств у лиц, совершающих «расширенные самоубийства» [46].

Перфекционизм как система дисфункциональных убеждений и АВСП. I. Kim и соавт. (2016) указывают, что такие психологические феномены, как алекситимия и перфекционизм, могут способствовать развитию высокого риска суицидальности у пациентов с ОКР и СТР, что осмысляется как завышенные требования к себе, фиксация на собственных ошибках, особый когнитивный стиль по построению отношения к себе, другим людям и миру в целом на фоне неспособности вербально опосредовать свои переживания или дисфункционального убеждения о том, что вербализация психологического состояния является косвенным доказательством некомпетентности человека [47]. Перфекционизм является фактором риска развития и собственно ОКР. Однако озабоченность оценками других и высокие стандарты в столь же выраженной мере характерны и при СТР, являясь отправным пунктом формирования «safety behavior» в модели D. Clark (поведение, направленное на поиск безопасности).

Продуктом осмысления зарубежного опыта операционализации конструкта «перфекционизм» в русле отечественной психологической школы служит трехфакторная модель данного феномена, разработанная Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогоровой, Т.Ю. Юдеевой (2018) (озабоченность оценками со стороны других людей при неблагоприятных сравнениях себя с ними; высокие стандарты и требования к себе; негативное селективное и фиксация на собственном несовершенстве), служащая значимым диагностическим инструментом, направленным на изучение перфекционизма также со стороны особенностей межличностных взаимодействий [48].

Смысловое образование «перфекционизм» отражает не только систему тематических дисфункциональ-

shown: for example, stress, on the one hand, increases the risk of violent aggressive behavior, on the other hand, it reduces the risk of severe suicidal actions [43]. Consequently, conflicting data exacerbate the issue of further study in this direction and indicate an independent problem of mediating violent obsessions in the context of aggressive and suicidal behavior [44]. At the same time, in this context another scientific topic of relatively rare situations that produces a public resonance opens up: suicides committed after a murder, or "extended suicides", which A.V. Golenkov defines as post-homicidal suicide [45]. The study by S. Flynn et al. (2009) revealed the prevalence of anxiety, panic and obsessive-compulsive disorders in people who commit "extended suicide" [46].

Perfectionism as a system of dysfunctional beliefs and AVSB. I. Kim et al. (2016) indicate that psychological phenomena such as alexithymia and perfectionism can contribute to the development of a high risk of suicidality in patients with OCD and SAD, which is interpreted as excessive demands to oneself, fixation on one's own mistakes, a special cognitive style for building attitudes towards oneself, other people and the world as a whole in the context of being unable to verbally mediate their experiences or having a dysfunctional belief that the verbalization of a psychological state is an indirect proof of a person's incompetence [47]. Perfectionism is a risk factor for the development and development of OCD itself. However, preoccupation with the assessments of others and high standards are equally pronounced in SAD, being the starting point for the formation of "safety behavior" in D. Clark's model (behavior aimed at finding safety).

In the national psychological school the three-factor model of perfectionism developed by N.G. Garanyan, A.B. Kholmogorova, T.Yu. Yudeeva (2018) (concern about evaluations from other people in case of unfavorable comparisons of oneself with them; high standards and requirements for oneself; negative selection and fixation on one's own imperfection) can be viewed as product of comprehending foreign experience to operationalize the construct "perfectionism". The aforementioned model serves as a significant diagnostic tool aimed at studying perfectionism also from the point of view of peculiarities of interpersonal interactions [48].

Conceptual notion "perfectionism" reflects not only the system of thematic dys-

ных убеждений, но и особые искажённые правила вынесения суждений о себе, других людях и мире в целом (я должен, иначе...; если я допущу ошибку, то это свидетельство моей некомпетентности; недопустимо несовершенное поведение на публике). Изучение перфекционизма как сложного психологического конструкта является перспективным в плане объяснения общих механизмов ОКР и СТР, что открывает новые возможности понимания предикторов, сопутствующих условиям, определяющих повышенный риск АВСП у пациентов с ОКР [49].

Многие существующие исследования показывают, психологический дистресс у людей с преобладанием в мотивационно-ценностной сфере перфекционистских убеждений положительно коррелирует с беспокойством и руминациями [50, 51, 52], которые играют значимую роль в процессе формирования и динамики АВСП при различных психических заболеваниях.

Импulsивность как нейрокогнитивная особенность и АВСП. На фоне рассмотрения obsessions как центрального фактора развития АВСП при рассматриваемом расстройстве, влияние obsessions и compulsions на разных стадиях течения ОКР различно. Считается, что запускающим механизмом развития ОКР является именно мыслительный компонент, вместе с тем по мере патологизации состояния всё большую роль начинают играть compulsions как результат дисфункциональной адаптации личности к obsessions, при этом поведенческий компонент особо связан с тяжестью симптоматики и инвалидизацией человека. На основе того факта, что системное взаимоотношение мыслительных и поведенческих компонентов при ОКР неодинаково, в ранних версиях МКБ выделялся такой подтип ОКР, при котором пациенты не сообщают о наличии compulsions. В МКБ-11 подтипы ОКР были удалены, так как в динамическом изучении большинство пациентов переживали как obsessions, так и compulsions, вместе с тем типология ОКР никак не влияет на прогноз лечения [1].

Группа исследователей во главе с A.G. Guzick (2017) обнаруживают на поздних этапах течения ОКР такую нейрокогнитивную особенность пациентов, как compulsiveness. В результате сравнения характеристик клинических картин при ОКР и синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) было показано, что пациенты, имеющие одновременно ОКР и СДВГ, характеризуются более ранним началом развития ОКР с выраженными симптомами, также у них выявлена высокая вероятность сопутствующих психических расстройств и совершения попыток самоубийства. Импульсивность, являющаяся качественным свойством как ОКР, так и СДВГ, по мнению A.G. Guzick и соавт.,

functional beliefs, but also the special distorted rules for making judgments about oneself, other people and the world as a whole (I must, otherwise ...; if I make a mistake, this is evidence of my incompetence ; imperfect conduct in public is unacceptable). The study of perfectionism as a complex psychological construct is promising in terms of explaining the general mechanisms of OCD and SAD, which opens up new possibilities for understanding the predictors associated with the condition that determine the increased risk of AVSB in patients with OCD [49].

Many existing studies show that psychological distress in people with a predominance of perfectionist beliefs in the motivational-value sphere positively correlates with anxiety and ruminations [50, 51, 52] that play a significant role in the process of formation and dynamics of AVSB in different mental illnesses.

Impulsivity as a neurocognitive feature and AVSB. When considering obsessions as a central factor in the development of AVSB in this disorder, the influence of obsessions and compulsions at different stages of the course of OCD is different. The triggering mechanism for the development of OCD is believed to be precisely the mental component, however, as the state becomes pathologized, compulsions begin to play an increasingly important role as a result of dysfunctional adaptation of the personality to obsessions, while the behavioral component is especially associated with the severity of symptoms and disability. Based on the fact that the systemic relationship of thought and behavioral components in OCD is not the same, in the early versions of the ICD, a subtype of OCD was distinguished in which patients did not report the presence of compulsions. In ICD-11, the subtypes of OCD were removed, since in the dynamic study most patients experienced both obsessions and compulsions, however, the typology of OCD does not in any way affect the prognosis of treatment [1].

A group of researchers led by A.G. Guzick (2017) found such a neurocognitive feature of patients as compulsiveness in the late stages of OCD. As a result of comparing the characteristics of clinical pictures in OCD and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), it was shown that patients with both OCD and ADHD are characterized by an earlier onset of development of OCD with severe symptoms, and they also have a high probability of concomitant mental disorders and committing suicide attempts. Impulsivity, which is a qualitative feature of both OCD and ADHD,

выступает той нейрокогнитивной особенностью, обуславливающей тяжесть общей симптоматики и развитие суицидальных мыслей, особенно суицидальных действий [53]. Отмечается, что пациенты с ОКР предпринимают попытки контролировать в своём поведении импульсивных проявлений, а по мере декомпенсации механизмов регулирования и опосредования эмоциональных и поведенческих компонентов нарастающее напряжение может находить своё выражение в импульсивных действиях.

Нарушение регуляции эмоций в ситуациях оценивания при СТР вызывает непосредственную тенденцию к избеганию участия в целом ряде ситуаций перформанса или поведению, направленному на поиск безопасности (более широкий паттерн поведенческих стратегий, применяемых к конкретной ситуации). Такое поведение закрепляется в опыте и актуализируется в стрессе в значительной мере автоматически, часто связано с убеждённой необходимостью контролировать внешние признаки тревоги и предупреждать осуждение другими. Наряду с выраженными социальными мотивами (в признании, одобрении и принятии) такое поведение приводит к негативным последствиям, в том числе срыву реализации значимых мотивов личности.

Руминации и беспокойство как трансдиагностические механизмы при тревожных расстройствах и ОКР в формировании и поддержании АВСП.

Отдельную веху в изучении взаимосвязи и вероятностных механизмов развития суицидальности у пациентов с ОКР составляет рассмотрение при данном психическом заболевании сопутствующего тревожного расстройства. До недавнего времени ОКР осмыслялось в рамках тревожных расстройств, однако на фоне сфокусированности на поиске синдромальных различий выделяется фундаментальная проблема выявления общих закономерностей протекания психической деятельности как при ОКР, так и при тревожных расстройствах при сравнении с нормой. Решение обозначенного вопроса может дать знания об основополагающих законах развития АВСП при заболеваниях, одним из центральных условий формирования и поддержания которых является тревожный компонент.

Распространённость коморбидных тревожных расстройств у пациентов с ОКР составляет 25-75%. При этом наличие сопутствующих депрессивных и тревожных симптомов, значительная выраженность навязчивых идей связаны с повышением риска самоубийства при ОКР [30]. Показано, что тревожные расстройства (в том числе и ОКР) значимо связаны с наличием суицидальных мыслей и соответствующего поведения [54, 55]. С другой стороны, проведённый в А. Kanwar и соавт. систематический обзор взаимосвязи между тре-

according to A.G. Guzick et al., is that neurocognitive feature that determines the severity of general symptoms and the development of suicidal thoughts, especially suicidal actions [53]. It is noted that patients with OCD make attempts to control impulsive manifestations in their behavior, and as the mechanisms of regulation and mediation of emotional and behavioral components decompensate, the growing tension can find its expression in impulsive actions.

Impaired regulation of emotions in situations of assessment in case of SAD causes an immediate tendency to avoid participation in a number of performance situations or behavior aimed at seeking safety (a broader pattern of behavioral strategies applied to a specific situation). Such behavior is fixed in experience and actualized in stress to a large extent automatically, often associated with a conviction about the need to control external signs of anxiety and prevent judgment by others. Along with pronounced social motives (in recognition, approval, and acceptance), such behavior leads to negative consequences, including the disruption of the realization of significant personal motives.

Ruminations and anxiety as transdiagnostic mechanisms in anxiety disorders and OCD in the formation and course of AVSB.

A separate milestone in the study of the relationship and probabilistic mechanisms of the development of suicidality in patients with OCD is the consideration of concomitant anxiety disorder in this mental illness. Until recently, OCD was conceptualized within the framework of anxiety disorders, however, when focusing on the search for syndromic differences, the fundamental problem of identifying general patterns of mental activity in both OCD and anxiety disorders stands out being compared to the norm. The solution to this issue can provide knowledge about the fundamental laws of the development of AVSB in diseases, one of the central conditions for the formation and maintenance of which is the component of being alert.

The prevalence of comorbid anxiety disorders in patients with OCD is 25-75%. Moreover, the presence of concomitant depressive and anxiety symptoms, a significant severity of obsessions are associated with an increased risk of suicide in OCD [30]. Anxiety disorders (including OCD) have been shown to be significantly associated with the presence of suicidal thoughts and related behavior [54, 55]. On the other hand, a systematic re-

возможными расстройствами и суицидальностью не обнаруживает доказательств того, что у пациентов с ОКР высока вероятность попыток самоубийства [56].

K.J.D. Allen и соавт. (2016) обнаружили, что люди с ОКР, подверженные высокому риску суицида, в основном используют беспокойство в качестве стратегии контроля собственных мыслей, направленной на будущие события; для таких людей характерно не только фиксирование на навязчивых неприемлемых идеях и поведенческих паттернах, но также необходимость контролировать, по возможности, все обстоятельства жизнедеятельности, избегать дискомфорта, «перестраховываться», что влияет на формирование устойчивой фрустрирующей ситуации, неспособности расслабиться. Исследователи пришли к выводу, что использование беспокойства в качестве средства контроля суицидальных мыслей положительно коррелирует с повышенным риском самоубийства у лиц, имеющих историю попыток суицида [57]. В качестве важных факторов развития суицидальности у пациентов с ОКР группой ученых во главе с D. Katz (2018) рассматривается не только беспокойство как энергозатратная стратегия совладания с навязчивыми идеями, но и катастрофизация в отношении оценки внешних потенциальных угроз, возможного причинения ущерба и собственных мыслей и поведения. По их мнению, навязчивые идеи становятся особо тягостными, неприемлемыми в результате когнитивной катастрофизации, а возникающее в результате психологическое состояние в виде устойчивого состояния готовности, мониторинга угроз может, в конечном счёте, привести к повышению суицидального риска [58].

Excessive reassurance seeking (ERS) рассматривается как ключевой фактор поддержания тревожного компонента при психических расстройствах [59, 60], который заключается в «интрузивном получении от других людей информации о безопасности, угрожающем объекте, ситуации или межличностных характеристиках, несмотря на то, что люди уже обладают данной информацией» [61] с целью редукции переживания тревоги. Предполагается, что ERS играет важную роль в хронификации напряжения при расстройствах тревожного спектра, включая социальное тревожное расстройство (СТР) [62] и ОКР [60]. Рассмотрение общего закона протекания психической деятельности при СТР и ОКР в виде руминативного стиля мышления целесообразно на основании психологических экспериментов, подтверждающих заинтересованность озабоченности относительно потенциальных угроз в ситуации в противовес роли самооценки в развитии как СТР [59], так и ОК-симптоматики [63].

В дополнение к размышлениям о стратегии «бес-

view conducted by A. Kanwar et al. on the relationship between anxiety disorders and suicidality finds no evidence that patients with OCD are more likely to attempt suicide [56].

K.J.D. Allen et al. (2016) found that people with OCD at high risk of suicide primarily use anxiety as a strategy to control their thoughts towards future events; such people are characterized not only by fixation on obsessive unacceptable ideas and behavioral patterns, but also by the need to control, if possible, all life circumstances, avoid discomfort, “reinsure”, which affects the formation of a stable frustrating situation, inability to relax. Researchers concluded that the use of anxiety as a means of controlling suicidal thoughts is positively correlated with an increased risk of suicide in individuals with a history of suicidal attempts [57]. As important factors in the development of suicidality in patients with OCD, a group of scientists led by D. Katz (2018) considers not only anxiety as an energy-wasteful strategy for coping with obsessions, but also catastrophizing in relation to the assessment of external potential threats, possible harm and personal thoughts and behavior. In their opinion, obsessions become especially painful and unacceptable as a result of cognitive catastrophizing, and the resulting psychological state in the form of a steady state of readiness, monitoring of threats can ultimately lead to an increase in suicidal risk [58].

Excessive reassurance seeking (ERS) is viewed as a key factor in maintaining the anxiety component in mental disorders [59, 60], which in order to reduce the experience of anxiety requires “intrusively receiving information from other people about the safety, threat object, situation or interpersonal characteristics, despite the fact that the person with OCD already has this information” [61]. ERS has been suggested to play an important role in the chronicity of stress in anxiety spectrum disorders, including social anxiety disorder (SAD) [62] and OCD [60]. Consideration of the general law of the course of mental activity in SAD and OCD in the form of a ruminative style of thinking is advisable on the basis of psychological experiments confirming the interest of concern about potential threats in the situation as opposed to the role of self-esteem in the development of both SAD [59] and OCD symptoms [63].

In addition to thinking about the “worry” strategy, some of the pathological thinking patterns characteristic of OCD and anxiety disorders fit into the concept of repetitive negative thinking: post-situational and pre-

покойство» некоторые патологические паттерны мышления, характерные для ОКР и тревожных расстройств, укладываются в концепт *repetitive negative thinking*: пост-ситуативные и пре-ситуативные руминации, связанные с аккумуляцией и невозможностью внешней реализации аффекта, самофокусировка на ошибках как отражение пристрастности внимания. Одним из выявленных факторов риска развития АВСП, который обратил на себя внимание, является руминация. Согласно теории S. Nolen-Hoeksema (1991), руминации представляют собой периодическое и пассивное фокусирование на симптомах дистресса и на возможных причинах и последствиях этих симптомов, и, в отличие от беспокойства, направлены на фиксацию прошлых событий [64]. Важно отметить, что руминативное мышление определяется не содержанием мысли, а скорее свойством навязчивости и фиксированности мысли, которое не приводит к активному продуктивному решению проблем [65]. K.C. Law и R.P. Tucker [66] предполагают, что такой стиль мышления увеличивает чувство интрузивности и безнадежности, что может способствовать рассмотрению самоубийства в качестве потенциального выхода их ситуации дистресса и переходу от мыслей о суициде к попыткам самоубийства посредством десенсибилизации воспринимаемой тяжести переживания руминаций.

Одним из способов регулирования интенсивности своих эмоций, отвлечения от стрессовых воздействий в контексте эмоциональных дисрегуляций выступает несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) [67, 68]. Исследования показывают, что НССП не даёт ожидаемого результата в избегании негативного аффекта [69]. Наряду с этим данная дезадаптивная стратегия регуляции собственного состояния высоко коррелирует с попытками самоубийства [70]. НССП, например, у пациентов с ОКР может выступать в качестве компульсивного ритуала по преодолению навязчивых переживаний. Однако в рамках культурно-деятельностной методологии по механизму «сдвига мотива на цель» возможно приобретение личностного смысла аутоагрессивного поведения, что также считается значимым условием риска перехода к крайней точке суицидального поведения: попытке самоубийства.

Модель АВСП: распространение опыта изучения СТР на рассмотрение ОК-симптоматики.

Наличие отчасти противоречивых данных в рассматриваемой теме, «белые пятна» относительно предикторов развития патологического процесса, мозаичность картины формирования АВСП при ОКР обуславливают сложность системного обобщения методологически разрозненных исследований в изучаемой про-

situational ruminations associated with the accumulation and inability of external realization of affect, self-focusing on mistakes as a reflection of attention bias. One of the identified risk factors for the development of AVSB, which attracted attention, is rumination. According to the S. Nolen-Hoeksema theory (1991), rumination is a periodic and passive focusing on the symptoms of distress and on the possible causes and consequences of these symptoms, and, in contrast to anxiety, it is aimed at fixation on past events [64]. It is important to note that ruminative thinking is determined not by the contents of the thought, but rather by the obsession and fixation feature of the thought, which does not lead to active productive problem solving [65]. Law K.C. and Tucker R.P. [66] suggest that this style of thinking increases feelings of intrusiveness and hopelessness, which may lead to seeing suicide as a potential way out of their distressing situation and shifting from suicidal thoughts to attempting suicide by desensitizing the perceived severity of rumination.

One of the ways to regulate the intensity of one's emotions, distract from stressful influences in the context of emotional dysregulations is non-suicidal self-injurious behavior (NSSB) [67, 68]. Studies show that NSSB does not give the expected result in avoiding negative affect [69]. Along with this, this maladaptive strategy for regulating one's own state is highly correlated with attempts at suicide [70]. NSSB, for example, in patients with OCD it can act as a compulsive ritual to overcome obsessive compulsions. However, in terms of the cultural-activity methodology according to the mechanism of "shift from the motive to the goal", it is possible to acquire a personal meaning of auto-aggressive behavior, which is also considered a significant condition for the risk of transition to the extreme point of suicidal behavior: attempted suicide.

AVSB model: dissemination of experience in studying SAD to consider OK symptoms.

The presence of partially contradictory data on the topic under consideration, "white spots" regarding predictors of the development of a pathological process, a mosaic pattern of AVSB formation in OCD cause the complexity of the systemic generalization of methodologically scattered studies in the problem under study, which creates difficulties in assessing the possibility of an OCD patient attempting suicide.

On the basis of the above mentioned

блеме, что создает трудности оценки возможности совершения пациентом с ОКР попытки суицида.

На основе вышеизложенных условий, факторов риска развития АВСП при ОКР в контексте общих с тревожными расстройствами, в частности СТР, особенностей и законов осуществления психической деятельности рассмотрим вероятностную структуру развития АВСП при ОКР, базирующуюся на модели антивиталяного и суицидального поведения в контексте СТР, разрабатываемой в трудах О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева, И.Я. Стояновой [71, 72, 73]. Исследователи рассматривают трансформацию антивиталяного поведения как средство разрядки напряжения в антивиталяную модель поведения, которая характеризуется как цель, даже мотив снятия тягостного напряжения в «психологическом поле личности». Исходя из принципов их концепции, механизмом суицидального поведения при ОКР, скорее, является нарастающее «неразряжаемое динамическое напряжение» на основе неэффективной компульсивной регуляции обсессивных компонентов в системе психической деятельности (ригидный дисфункциональный характер регуляции и контроля, руминации, беспокойство) вместе с явлениями декомпенсации эмоционально-личностной сферы (перфекционизм, переживание стыда, тревоги, чувства безнадежности, незавершённости, чувство относительно симметрии / порядка) в условиях эволюции иерархии мотивов (соподчинение сфер жизни относительно удовлетворению потребности – противостоянию навязчивым идеям, чаще посредством неадаптивных ритуалов) и в болезни как кризиса развития. Наряду с прочими производными нарушениями, решающим, в конечном счёте, выступает «сдвиг мотива на цель» в контексте возникновения личностного смысла собственно антивиталяных и суицидальных действий.

Вышеизложенная модель согласуется с представлениями А.Г. Амбрумовой (1986) о рассмотрении суицидального поведения как комплексного новообразования в сложной системе психической деятельности [74]. Ситуация потери контроля над своим поведением в виде нарастающей по мере патологизации и хронификации импульсивности как нейропсихологической особенности, вероятно, выступает катализатором развития антивиталяного и суицидального поведения при ОКР и / или пусковым механизмом, «последней каплей» в сложной системе регуляции психической деятельности в условиях болезни.

Заключение.

Таким образом, проблема изучения закономерностей протекания психической деятельности при ОКР, обуславливающих развитие АВСП, остаётся экспериментально нерешённой, требующей не только специ-

conditions, risk factors for the development of AVSB in OCD in the context of general anxiety disorders, in particular SAD, the characteristics and laws of the implementation of mental activity, let us consider the probabilistic structure of the development of AVSB in OCD, based on the model of antivital and suicidal behavior in the context of SAD, developed in the works of O.A. Sagalakova, D.V. Truevtseva, I. Ya. Stoyanova [71, 72, 73].

Researchers consider the transformation of antivital behavior as a means of stress relief into an antivital behavior model, which is characterized as a goal, even a motive for relieving painful stress in the “psychological field of the personality”. Based on the principles of their concept, the mechanism of suicidal behavior in OCD is rather the growing “non-dischargeable dynamic tension” based on ineffective compulsive regulation of obsessive components in the system of mental activity (rigid dysfunctional nature of regulation and control, ruminations, anxiety) together with phenomena of decompensation of the emotional and personal sphere (perfectionism, feelings of shame, anxiety, feelings of hopelessness, incompleteness, feeling about symmetry / order) in the context of the evolution of the hierarchy of motives (the subordination of the spheres of life in relation to the satisfaction of needs – opposition to obsessions, more often by means of maladaptive rituals) and in illness as a developmental crisis. Along with other derivative violations, ultimately decisive is the “shift from the motive to the goal” in the context of the emergence of a personal meaning of anti-vital and suicidal actions proper.

The above mentioned model is consistent with the ideas of A.G. Ambrumova (1986) on the consideration of suicidal behavior as a complex neoplasm in a complex system of mental activity [74]. The situation of loss of control over one's behavior in the form of impulsiveness as a neuropsychological feature that grows with pathologization and chronicity, probably acts as a catalyst for the development of antivital and suicidal behavior in OCD and / or a trigger mechanism, the “last straw” in the complex system of regulation of mental activity under conditions disease.

Conclusion.

Thus, the problem of studying the regularities of the course of mental activity in OCD, which determines the development of AVSB, remains experimentally unsolved, requiring not only special detailed studies, but also correct formulations of the hypotheses.

альных развернутых исследований, но и верных постановок гипотез. В данной теме остаются как противоречивые данные, так и многочисленные вопросы без исчерпывающих ответов, что особенно подчеркивает важность не только выделения самостоятельного синдромного статуса данного расстройства, но и концентрации на общих механизмах с тревожными нарушениями. Фрагментарность и узконаправленность результатов исследований потенциально преодолимы в контексте интегративного методологически выверенного подхода к квалификации получаемых эмпирических данных. Перспективно изучение особенностей руминативного мышления и беспокойства как значимых феноменов, заинтересованных в развитии АВСП при ОКР и СТР. Роль мониторинга потенциальной угрозы и важность interpersonalных отношений в становлении и поддержании ОК-симптоматики и СТР открывают возможности экспериментального исследования общих закономерностей по формированию и поддержанию не только АВСП, но и других патологических процессов. Проблема суицидального поведения как дисфункциональной стратегии «совладания» с эмоциональным напряжением формулирует самостоятельную проблему относительно «случайных» самоубийств, а также обуславливает осмысление «сдвига мотива на цель» и перестройки смысловой иерархии мотивов как фундаментальных законов функционирования психики как в норме, так и при психических заболеваниях.

This topic contains both contradictory data and numerous questions without exhaustive answers, which especially emphasizes the importance of not only highlighting the independent syndromic status of this disorder, but also focusing on common mechanisms with anxiety disorders. The fragmentation and narrow focus of research results are potentially surmountable in the context of an integrative methodologically verified approach to qualifying the obtained empirical data. It is promising to study the features of ruminative thinking and anxiety as significant phenomena interested in the development of AVSB in OCD and SAD. The role of monitoring a potential threat and the importance of interpersonal relationships in the formation and maintenance of OK symptoms and SAD open up possibilities for experimental study of general patterns in the formation and maintenance of not only AVSB, but also other pathological processes. The problem of suicidal behavior as a dysfunctional strategy of "coping" with emotional stress formulates an independent problem regarding "accidental" suicides, and also determines the understanding of the "shift from the motive to the goal" and the restructuring of the semantic hierarchy of motives as fundamental laws of the functioning of the psyche, both for the norm and for mental illness.

Литература / References:

1. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S., et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019; 18 (1): 3–19. DOI: 10.1002/wps.20611
2. Crino R., Slade T., Andrews G. The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *Am J Psychiatry*. 2005; 162 (5): 876-882. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.5.876
3. Ruscio A.M., Stein D.J., Chiu W.T., et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010; 15 (1): 53-63. DOI: 10.1038/mp.2008.94
4. Williams M., Chapman L., Simms J., et al. Cross-cultural phenomenology of obsessive-compulsive disorder. The Wiley handbook of obsessive-compulsive disorder across the lifespan. In J. Abramowitz, D. McKay, E. Storch (Eds.). Hoboken, NJ: Wiley, 2017. 56–74. DOI: 10.1002/9781118890233.ch4
5. Thibodeau M.A., Welch P.G., Sareen J., et al. Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: Propensity score matching in two epidemiological samples. *Depress Anxiety*. 2013; 30 (10): 947-954. DOI: 10.1002/da.22203
6. Cogle J.R., Keough M.E., Riccardi C.J., et al. Anxiety disorders and suicidality in the national comorbidity survey-replication. *J Psychiatr Res*. 2009; 43 (9): 825-829. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2008.12.004
7. Olsson M., Guardino M., Struening E., et al. Barriers to the treatment of social anxiety. *Am J Psychiatry*. 2000; 157 (4): 521-527. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.4.521
8. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, MA, US: Harvard University Press, 2005. 288.
9. Arditte K.A., Morabito D.M., Shaw A.M., et al. Interpersonal risk for suicide in social anxiety: The roles of shame and depression. *Psychiatry Research*. 2016; 239: 139-144. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.03.017
10. Torres A.R., Ramos-Cerqueira A.T., Ferrao Y.A., et al. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72 (1): 17-26. DOI: 10.4088/JCP.09m05651blu
11. Kamo M., Golding J.M., Sorenson S.B., et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45 (12): 1094–1099. DOI: 10.1001/archpsyc.1988.01800360042006
12. Зотов П.Б., Любов Е.Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (1): 3-24. [Zotov P.B., Lyubov E.B. Suicidal behavior in the medical patients. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (1): 3–24.] (In Russ)
13. Dell’Osso B., Benatti B., Arici C., et al. Prevalence of suicide attempt and clinical characteristics of suicide attempters with obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *CNS Spectr*. 2018; 23 (1): 1-8. DOI: 10.1017/S1092852917000177
14. Fernández-Cruz L., Rydell M., Runeson B., et al. Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36788 Swedish patients. *Mol Psychiatry*. 2017; 22 (11): 1626-1632. DOI: 10.1038/mp.2016.115
15. Velloso F., Piccinato C., Ferrão Y., et al. The suicidality continuum in a large sample of obsessive-compulsive disorder (OCD) patients. *Eur Psychiatry*. 2016; 38: 1-7. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.05.003
16. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 23-35. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 23-35.] (In Russ)

17. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М., 1980. 58. [Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Diagnosis of suicidal behavior. Methodical recommendation. M., 1980. 58.] (In Russ)
18. Кудрявцев И.А. Смысловая типология суицидов. *Суицидология*. 2013; 2 (11): 3-7. [Kudryavtsev J.A. Semantic typology of suicides. *Suicidology*. 2013; 2 (11): 3-7.] (In Russ)
19. Wasserman D. (Ed.) Suicide. An unnecessary death. Martin Dunitz, London, 2001. 287.
20. Selby E.A., Anestis M.D., Bender T.W., et al. Overcoming the fear of lethal injury: Evaluating suicidal behavior in the military through the lens of the Interpersonal – Psychological Theory of Suicide. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30 (3): 298-307. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.12.004
21. Angelakis I., Gooding P., Tarrier N., et al. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015; 39: 1-15. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.03.002
22. Aaron R.V., Fisher E.A., de la Vega R., et al. Alexithymia in individuals with chronic pain and its relation to pain intensity, physical interference, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2019; 160 (5): 994-1006. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001487
23. Panayiotou G., Leonidou C., Constantinou E., et al. Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Compr Psychiatry*. 2015; 56: 206-216. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.09.006
24. Брель Е.Ю., Стоянова И.Я. Феномен алекситимии в клинико-психологических исследованиях (обзор литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 74-81. DOI: 10.26617/1810-3111-2017-4(97)-74-81. [Brel' E.Yu., Stoyanova I.Ya. Phenomenon of alexithymia in clinical-psychological studies (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 74–81.] (In Russ)
25. Брель Е.Ю. Алекситимия в норме и патологии: психологическая структура и возможности превенции: дис. ... докт. психол. наук. Томск, 2018. 335. [Brel' E.Yu. Alexithymia in norm and pathology: psychological structure and possibilities of prevention. Doctoral (Psychology) diss. Tomsk, 2018. 335.] (In Russ)
26. Lochner C., Fineberg N.A., Zohar J., et al. Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCs). *Compr Psychiatry*. 2014; 55 (7): 1513-1519. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.05.020
27. Бохан Н.А., Семке В.Я., Четвериков Д.В. Двойной диагноз в психиатрии и наркологии: оценка и лечение. Томск, 2009. 236. [Bokhan N.A., Semke V.Ya., Chetverikov D.V. Double diagnosis in psychiatry and narcology: assessment and treatment. Tomsk, 2009. 236.] (In Russ)
28. Королев А.А., Стоянова И.Я. Личностный потенциал в аспекте самоорганизации и качества жизни у пациентов с сочетанными психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 6 (81): 59-63. [Korolev A.A., Stoyanova I.Ya. Personality potential in aspect of self-organization and quality of life in patients with combined mental disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013; 6 (81): 59–63.] (In Russ)
29. Veale D., Roberts A. Obsessive compulsive disorder. *BMJ*. 2014; 348: 31-34. DOI: 10.1136/bmj.g2183
30. Chaudhary R.K., Kumar P., Mishra B.P. Depression and risk of suicide in patients with obsessive-compulsive disorder: A hospital-based study. *Ind Psychiatry J*. 2016; 25 (2): 166-170. DOI: 10.4103/ipj.ipj.63.16
31. Perugi G., Akiskal H.S., Pfanner C., et al. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 1997; 46 (1): 15–23. DOI: 10.1016/s0165-0327(97)00075-x
32. Angst J., Gamma A., Endrass J., et al. Obsessive-compulsive syndromes and disorders: Significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005; 255 (1): 65–71. DOI: 10.1007/s00406-005-0576-8
33. Brakoulias V., Starcevic V., Belloch A., et al. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): an international collaboration. *Comprehensive Psychiatry*. 2017; 76: 79-86. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.04.002
34. Dhyani M., Trivedi J., Nischal A., et al. Suicidal behaviour of Indian patients with obsessive compulsive disorder. *Indian J Psychiatry*. 2013; 55 (2): 161-166. DOI: 10.4103/0019-5545.111455
35. Kamath P., Reddy J., Thennarasu K. Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68 (11): 1741-1750. DOI: 10.4088/jcp.v68n1114
36. Phillips K.A., Kaye W.H. The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 2007; 12 (5): 347–358. DOI: 10.1017/s1092852900021155
37. Hollander E., Greenwald S., Neville D., et al. Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depress Anxiety*. 1996; 4 (3): 111–119.
38. Ching T.H., Williams M., Siev J. Violent obsessions are associated with suicidality in an OCD analog sample of college students. *Cogn Behav Ther*. 2017; 6 (2): 129-140. DOI: 10.1080/16506073.2016.1228084
39. Armstead E.A., Votta C.M., Deldin P.J. Examining rumination and sleep: A transdiagnostic approach to depression and social anxiety. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. 2019; 32: 99–103. DOI: 10.1016/j.npbr.2019.05.003
40. Orue I., Calvete E., Padilla P. Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*. 2014; 37 (8): 1281-1291. DOI: 10.1016/j.adolescence.2014.09.004
41. Huz I., Nyer M., Dickson C., et al. Obsessive-compulsive symptoms as a risk factor for suicidality in U.S. College students. *J Adolesc Health*. 2016; 58 (4): 481-484. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2015.11.011
42. Balci V., Sevincok L. Suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2010; 175 (1-2): 104-108. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.03.012
43. Розанов В.А. Психическое здоровье детей и подростков – попытка объективной оценки динамики за последние десятилетия с учетом различных подходов. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018; 28 (1): 62-73. [Rozanov V.A. Mental health of children and adolescents - an attempt to objectively assess the dynamics over the past decade, taking into account different approaches. *Social and clinical psychiatry*. 2018; 28 (1): 62-73.] (In Russ)
44. Бохан Н.А., Приленский Б.Ю., Уманская П.С. Суицидальное поведение больных в практике врача психиатра-нарколога. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 1 (82): 10-14. [Bokhan N.A., Prilensky B.Yu., Umanskaya P.S. Suicidal behavior of patients in practice of narcologists. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014; 1 (82): 10–14.] (In Russ)
45. Голенков А.В. Распространенность и особенности постгомицидных суицидов на примере одного из регионов России. *Психическое здоровье*. 2018; 16 (2): 9-13. DOI: 10.25557/2074-014X.2018.02.9-13. [Golenkov A.V. Prevalence and peculiarities of post-homicide suicides on the example of one of the regions of Russia. *Mental health*. 2018; 16 (2): 9-13.] (In Russ)
46. Flynn S., Swinson N., While D., et al. Homicide followed by suicide: a cross-sectional study. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2009; 20 (2): 306-321. DOI: 10.1080/14789940802364369
47. Kim H., Seo J., Namkoong K., et al. Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2016; 192: 50-55. DOI: 10.1016/j.jad.2015.12.018
48. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2018; 26 (3): 8–32. [Garayanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Factor structure and psychometric properties of perfectionism inventory: Developing 3-factor version. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2018; 26 (3): 8–32.] (In Russ)
49. Гараян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований). *Терапия психических расстройств*. 2006; 1: 23–31. [Garayanyan N.G. Per-

- fectionism and psychopathological disorders: foreign studies review. *Therapy of Mental Disorders*. 2006; 1: 23-31.] (In Russ)
50. Blankstein K.R., Lumley C.H. Multidimensional perfectionism and ruminative brooding in current dysphoria, anxiety, worry, and anger. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2008; 26 (3): 168-193. DOI: 10.1007/s10942-007-0068-z
 51. Cox S.L., Chen J. Perfectionism: A contributor to social anxiety and its cognitive processes. *Australian Journal of Psychology*. 2014; 67 (4): 231-240. DOI:10.1111/ajpy.12079
 52. Nepon T., Flett G.L., Hewitt P.L., et al. Perfectionism, negative social feedback, and interpersonal rumination in depression and social anxiety. *Can Journal Behav Sci*. 2011; 43 (4): 297-308. DOI: 10.1037/a0025032
 53. Guzick A.G., McNamara J.P.H., Reid A.M., et al. The link between ADHD-like inattention and obsessions and compulsions during treatment of youth with OCD. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2017; 12: 1-8. DOI: 10.1016/j.jocrd.2016.11.004
 54. Sareen J., Cox B.J., Afifi T.O., et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62 (11): 1249-1257. DOI: 10.1001/archpsyc.62.11.1249
 55. Cho S.J., Hong J.P., Lee J.Y., et al. Association between DSM-IV anxiety disorders and suicidal behaviors in a community sample of South Korean adults. *Psychiatry Investig*. 2016; 13 (6): 595-600. DOI: 10.4306/pi.2016.13.6.595
 56. Kanwar A., Malik S., Prokop L.J., et al. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013; 30 (10): 917-929. DOI: 10.1002/da.22074
 57. Allen K.J.D., Kropfing J.W., Mathes B.M., et al. Thought control strategies in patients with severe obsessive-compulsive disorder: Treatment effects and suicide risk. *JOCR*. 2016; 8: 31-37. DOI: 10.1016/j.jocrd.2015.11.004
 58. Katz D., Laposa J.M., Rector N.A. Anxiety sensitivity, obsessive beliefs, and the prediction of CBT treatment outcome for OCD. *J Cogn Ther*. 2018; 11 (1): 31-43. DOI: 10.1007/s41811-018-0007-z
 59. Cogle J.R., Fitch K.E., Fincham F.D., et al. Excessive reassurance seeking and anxiety pathology: Tests of incremental associations and directionality. *J Anxiety Disord*. 2012; 26 (1): 117-125. DOI: 10.1016/j.janxdis.2011.10.001
 60. Salkovskis P.M. The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. In P.M. Salkovskis (Ed.). *Frontiers of cognitive therapy*. The Guilford Press, 1996: 48-74.
 61. Parrish C.L., Radomsky A.S. Why do people seek reassurance and check repeatedly? An investigation of factors involved in compulsive behavior in OCD and depression. *J Anxiety Disord*. 2010; 24 (2): 211-222. DOI: 10.1016/j.janxdis.2009.10.010
 62. Heerey E.A., Kring A.M. Interpersonal consequences of social anxiety. *J Abnorm Psychol*. 2007; 116 (1): 125-134. DOI: 10.1037/0021-843X.116.1.125
 63. Salkovskis P.M. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behav Res Ther*. 1985; 23 (5): 571-583. DOI: 10.1016/0005-7967(85)90105-6
 64. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*. 1991; 100 (4): 569-582. DOI: 10.1037/0021-843X.100.4.569
 65. Nolen-Hoeksema S., Wisco B.E., Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci*. 2008; 3 (5): 400-424. DOI: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
 66. Law K.C., Tucker R.P. Repetitive negative thinking and suicide: A burgeoning literature with need for further exploration. *Curr Opin Psychol*. 2018; 22: 68-72. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.08.027
 67. Rogers M.L., Joiner T.E. Rumination, suicidal ideation, and suicide attempts: a meta-analytic review. *Rev Gen Psychol*. 2017; 21 (2): 132-142. DOI: 10.1037/gpr0000101
 68. Nock M.K. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009; 18 (2): 78-83. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
 69. Paul E., Tsypes A., Eidlitz L., et al. Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Res*. 2015; 225 (3): 276-282. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.12.026
 70. Klonsky E.D., May A.M., Glenn C.R. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *J Abnorm Psychol*. 2013; 122 (1): 231-237. DOI: 10.1037/a0030278
 71. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я., Сагалаков А.М. Системный подход в исследовании антивиталяного и суицидального поведения. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн*. 2015; 6 (35). URL: <http://mprj.ru>. [Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya., Sagalakov A.M. A systematic approach to the study of life-threatening and suicidal behavior. *Med. psihol. Ross*. 2015; 6 (35).] (In Russ)
 72. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдром социальной фобии и его психологическое содержание. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017; 117 (4): 15-22. DOI: 10.17116/jnevro2017117415-22. [Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya. A psychological content of social phobia syndrome. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017; 117 (4): 15-22.] (In Russ)
 73. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдромно-факторный метод в историческом и современном контексте: возможности исследования социально-тревожного расстройства. *Сибирский психологический журнал*. 2018; 70: 75-91. DOI: 10.17223/17267080/70/6. [Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya. Syndrome-factor method in historical and modern context: possibilities of studying social anxiety disorder. *Siberian journal of psychology*. 2018; 70: 75-91.] (In Russ)
 74. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико-психологическое исследование самоубийств. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1998; 8: 65-77. [Ambrumova A.G., Kalashnikova O.E. Clinical psychological study of suicide. *Social and clinical psychiatry*. 1998; 8: 65-77.] (In Russ)

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR FORMATION IN OBSESSIVE-COMPULSIVE AND SOCIAL ANXIETY DISORDER

O.A. Sagalakova¹, O.V. Zhirnova¹,
D.V. Truevtsev¹, N.A. Bokhan^{2,3,4},
I.Ya. Stoyanova^{2,3}, E.Yu. Brele³

¹Altai State University, Barnaul, Russia; olgasagalakova@mail.ru

²Mental Health Research Institute, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia; mental@tnimc.ru

³Tomsk National State University, Tomsk, Russia; brelelena@mail.ru

⁴Siberian State Medical university, Tomsk, Russia; Ithka1948@mail.ru

Abstract:

This article describes the development of life-threatening and suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder (OCD) and social anxiety disorder (SAD). Current research on conditions and comorbid states that increase the risk of suicidality in OCD and SAD including the transdiagnostic features and mechanisms of the suicidal behavior formation (ruminations, focus on errors, perfectionism, impaired emotion regulation, alexithymia) are analyzed. The role of general cognitive mechanisms and cognitive style features in SAD and OCD is revealed. Social interaction in SAD is often disrupted, accompanied by a disturbed belongingness and perceived burdensomeness, which creates the conditions for an increased risk of suicidal behavior. The importance of feelings of hopelessness and / or helplessness in the process of developing suicidal thoughts and appropriate behavior in disorders is noted. The need to comprehensively explain the increase of suicide risk in OCD due to depressive state is signified as a discussion subject. The significant predictive role of the history of suicide attempts in the context of the future suicidal behavior likelihood is shown,

which is consistent with the concept regarding common (socio-demographic, psychiatric) risk factors. Suicidal behavior is considered as a dynamic, time-unfolding process, which causes distinguishing primary and derivative disturbances in the structure of mental activity. It is discussed whether it is important to distinguish between suicidal thoughts and obsessions associated with auto-aggression. The question is raised about the mechanisms of development of suicide in OCD and SAD: what are the content of obsessions and intrusive ruminations, the rules for making judgments, or the chronicity of cumulative stress in the “psychological field”? An opinion is expressed regarding the role of perfectionism as a system of maladaptive thoughts and a special cognitive style in the formation of suicides in the studied disorders. The unequal role of obsessions and compulsions at different stages of the course of OCD and the development of suicide is shown. Impulsivity is considered as a neuropsychological feature that characterizes the chronicity of a pathological condition and increases the risk of suicidal behavior in OCD. The question is raised about common and different conditions for the suicide in OCD and SAD. The use of worry, anxiety, and catastrophizing strategies for controlling mental activity is associated with an increase in suicide risk in people with OCD. Gloomy anxious ruminations and negative prognosis in SAD are associated with the risk of suicidal behavior. An anxiety component is qualified as an additional source of increasing stress, spending human compensatory resources in both disorders. In SAD, emotion regulation disturbance in the evaluation situation is typical, actualization of unmediated safety behavior is characteristic. The problem in relation to comprehensive evaluation of suicide risk is signified. In accordance with the model of life-threatening and suicidal behavior, the mechanism of suicidality in SAD, OCD in the form of increasing cumulative stress, maladaptive compulsive regulation of intrusions with the phenomena of emotional and personal decompensation is proposed in the context of the motives hierarchy evolution and the developmental crisis. The most significant influence of the thought component as a triggering mechanism for the development of pathological processes, compulsions as a factor in the disability of mental state and catalyst for suicide is shown. The model is associated with the concept of Ambrumova regarding suicidality as a complex phenomenon. The prospect of further research is analyzed, including such a topic as the acquisition of an independent personal meaning in the context of self-injurious behavior by the mechanism of “the shift from the motive to the goal”.

Keywords: obsessive-compulsive disorder; social anxiety disorder; life-threatening and suicidal behavior; tension in the “psychological field”; ruminations; anxiety; feeling of hopelessness; perfectionism

Вклад авторов:

О.А. Сагалакова: написание текста рукописи; обзор и перевод публикаций по теме статьи; редактирование текста рукописи;
О.В. Жирнова: написание текста рукописи; обзор и перевод публикаций по теме статьи;
Д.В. Труевцев: написание текста рукописи; обзор и перевод публикаций по теме статьи; редактирование текста рукописи;
Н.А. Бохан: редактирование текста рукописи;
И.Я. Стоянова: обзор и перевод публикаций по теме статьи; редактирование текста рукописи;
Е.Ю. Брель: написание текста рукописи.

Authors' contributions:

O.A. Sagalakova: manuscript writing; review and translation of relevant publications; manuscript editing;
O.V. Zhirnova: manuscript writing; review and translation of relevant publications;
D.V. Truevtsev: manuscript writing; review and translation of relevant publications; manuscript editing;
N.A. Bokhan: manuscript editing;
I.Ya. Stoyanova: review and translation of relevant publications; manuscript editing;
E.Yu. Brel: manuscript writing.

Специальность публикации / Specialty of publication: 19.00.04 – медицинская психология / medical psychology

Финансирование: Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РФФИ в рамках научного проекта № 17-29-02420 «Нейрокогнитивные механизмы нарушений психической деятельности при социальной тревоге и социофобии».

Financing: The reported study was funded by RFBR, project number 17-29-02420 «Neurocognitive mechanisms of mental activity disturbances in social anxiety and social phobia».

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 26.02.2020. **Принята к публикации / Accepted for publication:** 22.06.2020.

Для цитирования: Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В., Бохан Н.А., Стоянова И.Я., Брель Е.Ю. Психологические факторы формирования суицидального поведения при обсессивно-компульсивном и социальном тревожном расстройстве. *Суицидология*. 2020; 11 (2): 82-100. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-82-100

For citation: Sagalakova O.A., Zhirnova O.V., Truevtsev D.V., Bokhan N.A., Stoyanova I.Ya., Brel E.Yu. Psychological factors of suicidal behavior formation in obsessive-compulsive and social anxiety disorder. *Suicidology*. 2020; 11 (2): 82-100. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-82-100

СУИЦИДЕНТ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

*Е.Г. Скрябин, М.А. Аксельров, П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, С.П. Сахаров,
О.А. Кичерова, Н.Н. Спадерова*

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», Тюменская область, р.п. Винзили, Россия

SUICIDE AMONG PATIENTS OF THE TRAUMA CENTER

*E.G. Skryabin, M.A. Akselrov,
P.B. Zotov, E.B. Lyubov,
S.P. Sakharov, O.A. Kicherova,
N.N. Spaderova*

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia
Regional clinical hospital № 2, Tyumen, Russia
Regional Clinical Psychiatric Hospital, Tyumen, Russia

Информация об авторах:

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

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

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

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

Сахаров Сергей Павлович – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 9850-0460; ORCID iD: 0000-0003-1737-3906). Место работы и должность: декан педиатрического факультета, заведующий кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; врач хирург ожогового отделения ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1». Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Котовского, 55. Телефон: +7 (3452) 28-76-10, электронный адрес: sacharov09@mail.ru

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

Спадерова Надежда Николаевна – кандидат медицинских наук (Author ID: 810133; ORCID iD: 0000-0002-0121-2801). Место работы и должность: доцент кафедры медицинской информатики и биологической физики с сетевой секцией биоэтики ЮНЕСКО ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; заведующая отделением амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз, ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, р.п. Винзили, ул. Сосновая, 19. Телефон: +7 (3452) 274-383, электронный адрес: nadejda.spaderova@yandex.ru

Information about the authors:

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

Akselrov Mikhail Alexandrovich – MD, PhD (SPIN-code: 3127-9804; ORCID iD: 0000-0001-6814-8894). Place of work: Head of the Department of pediatric surgery, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen,

54 Odesskaya str.; Head of the children's surgical Department №1 of Regional clinical hospital № 2. Address: Russia, 625039, Tyumen, 75 Melnikayte str. Email: akselrov@mail.ru

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

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

Sakharov Sergey Pavlovich – MD, PhD (SPIN-code: 9850-0460; ORCID iD: 0000-0003-1737-3906). Place of work: Dean of the Faculty of Pediatrics, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Email: sacharov09@mail.ru

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

Spaderova Nadezhda Nikolaevna – MD, PhD (Author ID: 810133; ORCID iD: 0000-0002-0121-2801). Place of work: Associate Professor of the Department medical informatics, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str.; Specialist of Regional Clinical Psychiatric Hospital. Address: Tyumen region, Vinzili, 19 Sosnovaya str. Phone: + 7 (3452) 274-383, email: nadejda.spaderova@yandex.ru

Представлен обзор данных литературы с привлечением собственного клинического опыта авторов об основных характеристиках суицидентов, избравших травматические способы умышленных самоповреждений. Показано, что практически при всех видах травм, у мужчин и женщин, в различных возрастных категориях и социальных группах присутствует суицидальный контингент. Травматические суициды часто ассоциированы с психическими нарушениями, алкоголем. Работа медицинского персонала отделений / центров травматологии часто включает оказание помощи лицам, совершившим суицидальные действия. Однако не во всех случаях специалисты непсихиатрического профиля могут распознать этих пациентов, оценить суицидальный риск и предложить программу лечения, включающую в том числе и меры превенции самоубийства в будущем. Авторы делают вывод о том, что вполне обосновано более широкое привлечение специалистов в области психического здоровья к консультативной помощи и лечению пациентов травматологического профиля, а также необходимость повышения уровня знаний в области суицидологии врачей и среднего медицинского персонала, работающего с различного рода травмами. Среди организационных мер требуют решения вопросы своевременного выявления, регистрации и учёта суицидологического контингента, организации психологической, психиатрической, при необходимости и наркологической помощи пациентам, как на этапе пребывания в травматологическом стационаре, так и последующего динамического наблюдения.

Ключевые слова: суицид, самоубийство, травма, травматические способы суицида, травматологический центр

Самоубийство – печальный, но неотъемлемый факт существования человека. Суицидальная активность в самых различных её проявлениях негативно сказывается на отдельном человеке, его ближайшем окружении и в целом на обществе, в связи с чем, важны поиск и внедрение эффективных мер профилактики [1, 2, 3]. Значима работа по выявлению факторов и групп риска, оценка профильных контингентов, доступных средств суицида, и др. направления [1].

Целью настоящего исследования было изучение основных характеристик суицидентов, избравших травматические способы умышленных самоповреждений, на основе анализа данных литературы с привлечением собственного клинического опыта.

Травмы занимают одно из ведущих мест среди причин обращений за медицинской помощью и госпитализаций в стационары, оформления листков временной нетрудоспособности и смертности от внешних причин.

В России показатель травматизма достаточно высок – 85,3 на 1000 взрослого населения (2014). В его структуре преобладают бытовые (70,6%) и уличные травмы (20,8%). Значительно реже наблюдаются по-

Suicide is a sad but inherent fact of human existence. Suicidal activity in its various manifestations negatively affects an individual, their immediate environment and society as a whole, and in this connection the search and implementation of effective preventive measures is highly important [1, 2, 3]. Work on identifying risk factors and groups, assessing profile contingents, available means of suicide, and other areas is significant [1].

The aim of this study was to analyze main characteristics of suicide attempters who chose traumatic methods of deliberate self-harm, based on an analysis of literature data using authors' own clinical experience.

Injuries occupy one of the leading places among the reasons for seeking medical care and hospitalizations, issuing certificates of temporary disability and mortality from external causes.

In Russia, the injury rate is quite high – 85.3 per 1000 adult population (2014). Household (70.6%) and street injuries (20.8%) prevail in the injury structure. Damage received in industrial workplaces (1.9%) and

вреждения, полученные на производстве (1,9%) и транспорте (1,8%). Госпитализируются 16,9% от всех пострадавших, обратившихся за медицинской помощью. Мужчины с травмами в среднем в 1,5 раза чаще обращаются за медицинской помощью по сравнению с женщинами, и это обстоятельство не зависит от уровня травматизма в регионе [4]. Травмы у мужчин отличаются большей тяжестью, в связи с чем, их доля по сравнению с женщинами среди госпитализируемых в травматологические стационары значительно выше (соотношение М : Ж – 3 : 1). Средний возраст пациентов стационара – 36,7, в том числе у мужчин – 36,2, у женщин – 37,7 года [5].

Характер повреждений у госпитализируемого контингента по сравнению с показателями общего травматизма меняется – преобладают последствия дорожно-транспортных происшествий (ДТП) [6]. Данные в различных экономически развитых странах схожи. Например, в США с травмами связаны 37,8% всех обращений в отделения неотложной помощи больниц [7] – 143 случая на 100000 населения. Коэффициент летальности от травматических повреждений по всем возрастным группам и всем причинам составляет 0,17%, а для наиболее тяжело раненых – 4,8% [8]. Основными причинами смерти от травм являются последствия ДТП [9].

В большинстве стран с развивающейся или ориентированной преимущественно на сельскохозяйственный уклад экономики среди причин повреждений ведущее место занимают падения, колото-резанные раны и удары.

transport injuries (1.8%) is observed much less frequently. 16.9% of all victims who sought medical help get hospitalized. Men with injuries are on average 1.5 times more likely to seek medical help than women, and this circumstance does not depend on the level of injuries in the region [4]. Injuries in men are more severe, and therefore, their share in comparison with women among those hospitalized in trauma hospitals is much higher (M: F ratio is 3: 1). The average age of hospitalized patients is 36.7, including 36.2 for men, 37.7 for women [5].

The nature of injuries in the hospitalized contingent in comparison with the indicators of general injuries changes – there prevail injuries due to road traffic accidents (RTA) [6]. The data in various economically developed countries are similar. For example, in the United States, 37.8% of all hospital emergency department visits are associated with injuries [7] – 143 cases per 100,000 population. The mortality rate from traumatic injuries for all age groups and for all reasons is 0.17%, and for the most severely injured it reaches 4.8% [8]. The main causes of death from injury are the consequences of RTA [9].

In most countries with developing or predominantly agriculture-oriented economies, falls, stab wounds and blows take the leading place among the causes of injury.

Таблица 1 / Table 1

Основные причины травм, потребовавших обращения за медицинской помощью, в разных странах, %
The main causes of injuries requiring medical attention in different countries, %

Страна Country	Вид травм / Type of injuries, %						М : Ж Male / Female	Средний возраст, лет Mean age, years	
	ДТП RTA	Падения Falls	Огнестрельные ранения Firearms injuries	Колото-резанные раны Stabbing wounds	Удары Blows	Ожоги Burns		М male	Ж female
Австрия / Austria [10]	62,5	25						30,3	
Италия / Italy [11]	55,5			5			2,2 : 1	42,3	57,7
Англия и Уэльс / England and Wales [12]	33	50					1,7 : 1	46	
Иран / Iran [13]	55,8	26,7	5,9					30,5	
Гаити / Haiti [14]	43							30	
Вест Индия / West Indies [6, 15, 16]	18-43	26-41	5-55	49,7-75			4 : 1	27	
Кения / Kenya [17]	28	<10		<10	11	<10		15-44	
Гамбия / Gambia [18]	26,1	19,2		19,2	22,1	5,4	3 : 1		
Гондурас / Honduras [19]	16,6	38,0							
Эфиопия / Ethiopia [20]	14	15,1			32,2		2,5 : 1		

Для них характерен более низкий возрастной ценз пострадавших (до 40 лет), что возможно обусловлено преобладанием молодой когорты в популяции. Общей тенденцией для всех стран является преобладание мужской части населения среди пациентов с травмами (табл. 1).

Борьба с травматизмом и оказание помощи пострадавшим высоко актуальна для многих регионов мира, учитывая масштабность проблемы. Тем не менее, не во всех, даже европейских странах, имеются официальные регистры травм и достоверные статистические данные по эпидемиологии травматических повреждений [11, 14].

Одним из наиболее трудных является вопрос в отношении травм, полученных вследствие суицидальных действий [21]. Лишь немногие травматологические центры / клиники могут достаточно профессионально выделить этот контингент, и точно оценить его долю.

Сегодня в России, как и во многих странах мира, точных данных о количестве пациентов, поступающих в травматологические центры после совершения суицидальной попытки, нет. Тем не менее, цифры, приводимые в отдельных публикуемых исследованиях, свидетельствуют о том, что доля суицидентов может быть достаточно значительной: США – 1,7-2% [22, 23], Гондурас – 1,9% [19], Великобритания – 4,2% [24], Германия – 5-12% [21, 25]. Так же показано, что самоубийство среди травматического контингента более распространено (в 1,71 раза), чем в общей популяции. Суицидальный риск повышается с возрастом от 25 до 44 лет, ассоциирован с мужским полом, белой расой и положительной пробой на алкоголь [26].

Наличие психиатрических проблем резко изменяет эти характеристики – доля нанесения травм самому себе уже составляет 57%. В этом случае у каждого третьего (36%) в анамнезе имеется психиатрическая госпитализация, а 30% хотя бы раз в жизни пытались покончить с собой. Для этих пациентов наиболее характерны падение с высоты с намеренным прыжком, на втором месте – проникающие ранения [27].

Этот контингент отличается и более высокими показателями смертности. В США среди поступающих в травматологические центры после попытки самоубийства от 24% [22] до двух третей умирают, находясь в больнице [23]. В Германии этот показатель составляет – 32% [25].

Выявление суицидоопасного контингента среди больных с травмой является важной задачей с целью последующей корректировки индивидуальной программы лечения и реабилитации, возможности привлечения специалистов в области психического здоровья и организации последующего наблюдения [28]. Характер причинённых повреждений, ассоциируемый с тем или иным способом самоубийств, распространённым в популяции, может более точно указать на некоторые особенности контингента (табл. 2).

They are characterized by a lower age limit for the injured (younger than 40), which is possibly caused by the predominance of a young cohort in the population. The general trend for all countries is the predominance of the male part of the population among trauma patients (Table 1).

Given the seriousness and prevalence of the problem preventing injuries and victim care is highly relevant in many regions of the world. Nevertheless, not all, even European countries, have official registers of injuries and reliable statistics on the epidemiology of traumatic injuries [11, 14].

One of the most difficult is the question of injuries sustained as a result of suicidal acts [21]. Only a few trauma centers / clinics can identify this contingent professionally enough and accurately estimate its share.

Today in Russia, as in many countries of the world, there is no accurate data on the number of patients admitted to trauma centers after a suicide attempt. Nevertheless, the figures cited in some published studies indicate that the proportion of suicides can be quite significant: USA – 1.7-2% [22, 23], Honduras – 1.9% [19], Great Britain – 4.2% [24], Germany – 5-12% [21, 25]. It was also shown that suicide among the traumatic contingent is more common (1.71 times) than in the general population. Suicidal risk increases if the patient is aged from 25 to 44, is a white male, and has a positive alcohol test [26].

The presence of psychiatric problems dramatically changes these characteristics – the proportion of self-injury reaches 57%. In this case, every third patient (36%) has a history of psychiatric hospitalization, and 30% have tried to commit suicide at least once in their lives. For these patients, falls from a height with an intentional jump are most characteristic, and penetrating wounds come second [27].

This contingent is distinguished by higher mortality rates. In the United States, 24% [22] to two-thirds of those admitted to trauma centers die while in hospital after attempting suicide [23]. In Germany this figure comes up to 32% [25].

Identification of a suicide contingent among trauma patients is an important task with the aim of further adjusting the individual treatment and rehabilitation program, the possibility of attracting mental health professionals and organizing follow-up observation [28]. The nature of the damage caused, associated with one or another method of suicide common in the population, can more accurately indicate some of the characteristics of the contingent (Table 2).

Таблица 2 / Table 2

Структура способов суицида в России и некоторых странах, %
The structure of methods of suicide in Russia and some countries, %

Территория / страна Territory / country	Самоповешение (X70) Self-hangings		Самоотравление (X60-69) Self-poisonings		Самострел (X72-74) Firearms		Самопорезы (X78) Self-cutting		Падение с высоты (X80) Falls from the height		Самосожжение Self-burning		ДТП RTA
	М/М	Ж/Ф	М/М	Ж/Ф	М/М	Ж/Ф	М/М	Ж/Ф	М/М	Ж/Ф	М/М	Ж/Ф	
<i>Российская Федерация / Russia</i>													
Тульская область Tula region [29]	82,1	72,0	1,7	12,0							-	-	
Забайкальский край Transbaikal territory [30]	83,7	72,8	-	23,8	7,8	-	2,7	-	-	-	-	-	
Тюменская область Tyumen` region [31]	86,2		3,7		4,6		3,7		1,8		-		
Чувашская Республика Chuvash Republic [32]	86,4		9,4		1,1		0,7		2,2		0,1		
Удмуртия Udmurtia [33]	87,4		8,1										
Кировская область Kirov region [34, 35]	87,5		4,0				8,3				-		
Псковская область Pskov region [36]	87,9		1,7		4,3		4,3		0,9		0		
Усть-Ордынский Бурятский автономный округ Ust-Orda Buryat Autonomous district [37]	96,1		1,7		1,2		1,0						
<i>Другие страны / Other country</i>													
Беларусь / Belarus [38]	88,1										-		
Литва / Lithuania [39]	91,7												
Сингапур / Singapore [40]	20,7		5,5						69,3				
Иран / Iran [41]											38,9	88,4	
Египет / Egypt [42]	28		29	70									
Индия / India [43, 44]	36,9	34,7					61,5						
США / USA [22, 45, 46, 47]					21-74		23-39		26				14
Таджикистан Tajikistan [48]	28,0		43,1		0		2,7		1,7		21,5		
	48,8	14,2	28,0	53,1			6,4	0,3	3,4	0,5	7,6	30,8	

В России среди видов самоубийств ведущее место занимает механическая асфиксия при самоповешении – по отдельным территориям – от 82,1 до 87,9%, с максимально зарегистрированной частотой (96,1%) в Усть-Ордынском Бурятском автономном округе [37]. Второе-третье место среди травматических способов делят самоубийство с использованием огнестрельного оружия – от 1,1 до 7,8% и самопорезы – от 0,7 до 8,3%. Реже регистрируются падения / прыжки с высоты – 0,9-1,8% и единичные случаи самосожжений (табл. 2).

Лидирующее место механической асфиксии регистрируется и в ряде постсоветских республик: Беларусь – 88,1% [38], Литва – до 91,7% [39] и др. В европейских государствах механическая асфиксия не распространена, но регистрируется у мигрантов из республик постсоветского пространства [49]. В азиатских странах доля

In Russia, among traumatic types of suicide, the leading place is occupied by mechanical asphyxia due to self-hanging – in some territories it varies from 82.1 to 87.9%, with the maximum recorded frequency (96.1%) in the Ust-Orda Buryat Autonomous District [37]. The second and third places among traumatic methods are shared by suicide with the use of firearms – from 1.1 to 7.8% and self-cutting – from 0.7 to 8.3%. Falls/jumps from a height are less often recorded – 0.9-1.8% and isolated cases of self-burning (Table 2).

The leading place of mechanical asphyxia is also recorded in a number of post-Soviet republics: Belarus – 88.1% [38], Lithuania – up to 91.7% [39], etc. Mechanical asphyxia is not widespread in European countries, but it is

самоповешений, как правило, не превышает одной трети от всех случаев суицида [40, 43].

Самоповешения чаще заканчиваются смертью. Случаи спасения, как правило, носят характер прерванного суицида и обусловлены вовремя оказанной помощью близких или окружающих. Последствия даже кратковременной механической асфиксии обычно имеют тяжёлые последствия и требуют медицинской поддержки в условиях реанимационного отделения, в связи с чем, несмотря на доминирование механической асфиксии в российской популяции, эти пострадавшие являются редкими пациентами травматологических центров.

Во многих странах наиболее распространено использование оружия. В 2016 году во всём мире от огнестрельных ранений умерли 251000 человек, причём на 6 стран (Бразилия, США, Мексика, Колумбия, Венесуэла, Гватемала) приходится 50,5% этих смертей. Каждый четвёртый случай (27%) смерти – самоубийство. За период с 1990 по 2016 год уровень самоубийств с применением огнестрельного оружия снизился в глобальном масштабе на 1,6% [50], но увеличивается в США [51, 52].

В США только в 2015 году в результате травм, связанных с насилием, погибло около 62000 человек, из них 65,1% смертей были самоубийствами [53]. Ежегодно с огнестрельными ранениями госпитализируются около 30000 пациентов, а 2500 умирают в больнице (мужчины в 9 раз чаще, чем женщины, но реже умирают). Самоубийства в структуре ранений составляют 8,3%, но на них приходится от 32 [54] до 65% всех смертей от огнестрельного оружия [45, 55]. Показано, что выбор огнестрельного оружия для суицида повышает риск смертельного исхода в 9, а у лиц, не имеющих психических проблем – в 13 раз [56]. Ограничение доступа к оружию ведёт к снижению от ассоциированных с его применением случаев смерти [57].

Самоубийства с использованием оружия – самая распространённая форма суицида в США [46, 58, 59] и Германии [21]. Наиболее высокие показатели покушений с использованием оружия наблюдаются у американских подростков – 75% случаев [60]. Большинство погибших, напротив – это мужчины среднего [53] и пожилого возраста, белые [61, 62, 63]. На 100000 белых мужчин приходится от 2 до 16 самоубийств с применением огнестрельного оружия в год [64]. В отдельных общинах Пенсильвании (США) показатели самоубийств с применением огнестрельного оружия составляют 6,58-6,82 на 100000 человек [65].

Преобладает выстрел в голову, в висок [66, 67]. В большинстве стран с широким законным доступом к оружию с этой целью чаще используются пистолеты, которые дают самый высокий уровень смертности [54].

registered among migrants from the republics of the post-Soviet territories [49]. In Asian countries, the share of self-hanging, as a rule, does not exceed one third of all suicide cases [40, 43].

Self-hanging more often ends in death. Rescue cases, as a rule, are of the nature of an interrupted suicide and are conditioned by the timely help provided by relatives or others. The consequences of even short-term mechanical asphyxia usually have serious consequences and require medical support in the conditions of the intensive care unit, and therefore, despite the dominance of mechanical asphyxia in the Russian population, these victims are rare patients in trauma centers.

In many countries, the use of weapons/firearms is most common. In 2016, 251,000 people died from gunshot wounds worldwide, with 6 countries (Brazil, USA, Mexico, Colombia, Venezuela, Guatemala) accounting for 50.5% of these deaths. Every fourth case (27%) is a suicide. Between 1990 and 2016, the rate of suicide with the use of firearms decreased globally by 1.6% [50], but it is still increasing in the United States [51, 52].

In the United States, in 2015 alone, about 62,000 people died as a result of violence-related injuries, of which 65.1% of deaths were suicides [53]. Every year, about 30,000 patients are hospitalized with gunshot wounds, and 2,500 die in hospital (men are 9 times more likely to get shot than women, but at the same time they are less likely to die). Suicides in the structure of injuries account for 8.3%, but they account for 32 [54] to 65% of all deaths from firearms [45, 55]. It has been shown that the choice of firearms for suicide increases the risk of death by 9 times, and for persons without mental problems by 13 times [56]. Restricting access to firearms leads to a decrease in deaths associated with their use [57].

Firearms suicide is the most common form of suicide in the United States [46, 58, 59] and Germany [21]. The highest rates of suicide attempts with the use of weapons are observed in American adolescents – 75% of cases [60]. The majority of those killed, on the other hand, were middle-aged [53] and elderly white men [61, 62, 63]. For every 100,000 white males, there are between 2 and 16 suicides by firearms per year. [64] In some communities of Pennsylvania (USA), the suicide rate with the use of firearms reaches 6.58-6.82 per 100,000 people [65].

A shot to the head, to the temple specifically, prevails [66, 67]. In most countries with

Однако их применение не всегда ведёт к ожидаемому результату с первой попытки. Приводятся описания погибших от самоубийств с количеством огнестрельных ранений в голову от двух [68] до восьми [66], что вполне вероятно, с одной стороны, может быть обусловлено неопытностью стрелка, испытываемым им стрессом, а с другой, указывает на степень выраженности желания умереть. В любом случае определение способности действовать после огнестрельного ранения в голову необходимо при реконструкции места преступления и при разграничении убийства и самоубийства [66]. «Неудачные» покушения и направляются в травматологические стационары, составляя значительный контингент в странах со свободным оборотом оружия.

Широкое распространение использования оружия при суициде во многом объясняется доступностью, относительной лёгкостью законного приобретения и толерантным отношением к его владению в США и ряде других стран. Так, проведённый опрос членов Комитета по травматизму в США показал, что 43% членов Комитета имеют огнестрельное оружие в своём доме [69]. В другом исследовании показано, что среди 5000 семей, посещающих педиатрические отделения, 32% имели пистолеты или винтовки; 13% пистолетов и 1% винтовок хранились незапертыми и заряженными, что повышает их доступность и вероятность использования. В школьном опросе три четверти первоклассников и второклассников, сообщивших что дома есть пистолет, знали, где он находится [56].

В России использование оружия при самоубийстве не распространено, что, в первую очередь, связано с малым его количеством у населения. В общей популяции самострел, в том числе и при постгомицидных самоубийств, чаще совершается с помощью охотничьего ружья [70]. Пистолеты доступны преимущественно военным, сотрудникам полиции, специальных органов и служб, среди которых доля их использования наиболее высока. Более частое применение ружей влияет и на характер ранений – выстрелы в голову (обычно вложение дула в рот) и левую половину грудной клетки («область сердца»), что определяет высокую летальность и малое количество выживающих. Среди этого контингента преобладают мужчины [71].

В США военнослужащие так же относятся к группе высокого риска суицида. В 2015 году около 3000 действующих или бывших военных погибли в результате самоубийства с использованием огнестрельного оружия. Большинство – это мужчины в возрасте 45-74 лет. Среди причин суицида – проблемы психического и/или физического здоровья, интимной сферы, кризис [53].

Значительная часть – от 23 до 39% суицидов в

wide legal access to weapons pistols are used more often for the purpose of suicide, which gives the highest mortality rate [54]. However, their application does not always lead to the expected result on the first try. Descriptions of those who died from suicides with two [68] to eight [66] gunshot wounds to the head are given, which on the one hand, may be due to the shooter's inexperience and stress, and on the other hand, the degree of expression of the desire to die. In any case, determining the ability to act after a gunshot wound to the head is necessary when reconstructing a crime scene and when distinguishing between murder and suicide [66]. "Unsuccessful" suicide attempters are sent to trauma hospitals, making up a significant contingent in countries with a free circulation of weapons.

The widespread use of firearms for the purpose of suicide is largely caused by their availability, relative ease of legal acquisition and a tolerant attitude towards its possession in the United States and a number of other countries. Thus, a survey of members of the Committee on Trauma in the United States showed that 43% of the members of the Committee have a firearm at home [69]. Another study showed that among 5,000 families attending pediatric wards, 32% owned a pistol or rifle; 13% of pistols and 1% of rifles were kept unlocked and loaded, increasing their availability and likelihood of use. In a school survey, three quarters of first and second graders who reported having a gun at home knew where it was [56].

In Russia, the use of weapons in suicide is not widespread, which, first of all, is the result of its low availability for general population. In the general population, self-shooting, including posthomicidal suicides, are more often performed with a hunting rifle [70]. Pistols are available mainly to the military, police officers, special authorities and services, among which the proportion of their use is the highest. More frequent use of rifles also affects the nature of the wounds – shots to the head (usually the rifle is inserted into the mouth) and the left half of the chest ("heart area"), which determines the high lethality and a small number of survivors. This contingent is mostly men [71].

In the United States, military personnel are also at high risk of suicide. In 2015, about 3,000 active or former military personnel died as a result of suicide with the use of firearms. The majority are men aged 45-74. Among the reasons for suicide there are named problems of mental and / or physical health, intimate sphere, crisis [53].

США обусловлены нанесением себе *проникающих ран и повреждений* [22, 45, 46, 47]. В России этот вид травм среди погибших регистрируется значительно реже, в отдельных регионах с частотой – от 0,7 до 8,3% [32, 35]. Для летальных случаев характерны проникающие ранения и/или раны с повреждением жизненно важных органов и массивной кровопотерей [72, 73]. Чаще – это различной глубины порезы рук, преимущественно предплечий в области поверхностных вен. Реже – порезы в области шеи, передней грудной стенки, иногда – нижних конечностей [74]. Проникающие травмы шеи имеют относительно низкую частоту, составляющую всего 1,6-3,0% от общего числа попыток самоубийства. Тем не менее, анатомические проблемы, а также вероятность поражения сосудов и дыхательных путей делают его одним из самых смертельных типов травм [75].

Частота порезов среди погибших и совершивших попытки различается почти в 10 раз: порезы при летальном суициде – 4,2%, при попытках – 39,6% [76]. Среди поступающих в стационар после суицидальной попытки доля самопорезов может достигать 44% [77]. Основной контингент – это молодые люди с поверхностными порезами кожи рук. В качестве средств повреждений чаще используются ножи, лезвия, реже – осколки стекла или другие острые или тупые предметы [73, 74, 78]. Например, описаны случаи самоубийства путём нанесения себе тупой травмы головы от многократного удара молотком по голове [79].

Падения / прыжки с высоты с суицидальной целью в России не распространены (0,9-1,8%), но согласно проведённым опросам в случае совершения суицида, такой способ выбрали бы 14,6% подростков [80]. С высокой частотой умышленные прыжки / падения регистрируются в других странах: США – 26% [47], в Сингапуре – 69,3% [40], что может быть следствием сложившейся «культуры» суицидального поведения, а так же более широким доступом к высотным архитектурным и техническим объектам. Высокая частота этих случаев в популяции определяет и более значительное их представительство в травматологическом стационаре. В подавляющем большинстве случаев это пациентки женского пола подросткового и молодого возраста [21, 60].

Суицид с помощью транспортных средств встречается во многих странах мира, но регистрируется с неодинаковой частотой. В Швейцарии с суицидами связаны 1,02% ДТП. В основном это молодые неженатые мужчины [81]. В Шотландии 2,8% всех ДТП оцениваются как результат самоубийства [82]. В Финляндии суициды составляют около 12% всех смертельных аварий [83].

Характер использования автотранспорта с суици-

A significant part – from 23 to 39% of suicides in the United States – are caused by self-inflicted wounds and injuries [22, 45, 46, 47]. In Russia, this type of injury among those died is recorded much less frequently, in some regions with a frequency of 0.7 to 8.3% [32, 35]. For lethal cases, penetrating wounds and / or wounds with damage to vital organs and massive blood loss are characteristic [72, 73]. More often these are hand cuts of various depths, mainly in the forearms in the area of superficial veins. Less commonly these are cuts in the neck, anterior chest wall, and rarely in the lower limbs [74]. Penetrating neck injuries have a relatively low incidence, accounting for only 1.6-3.0% of total suicide attempts. Nevertheless, anatomical problems, as well as the likelihood of damage to the blood vessels and airways, make it one of the most fatal types of injury [75].

The frequency of cuts among those who died and those who made attempts differs by almost 10 times: there are 4.2% cuts that led to lethal suicide and 39.6% that were classified as attempts [76]. Among those admitted to the hospital after a suicidal attempt, the proportion of self-cuts can reach 44% [77]. The main contingent is young people with superficial cuts in the skin of their hands. Knives, blades are more often used as means of injury, less often these are glass fragments or other sharp or blunt objects [73, 74, 78]. For example, there have been described cases of suicide by inflicting blunt trauma to the head from repeated blows to the head with a hammer [79].

Falls / jumps from a height with a suicidal purpose are not common in Russia (0.9-1.8%), but according to surveys conducted in case of suicidethis method would be chosen by 14.6% of adolescents [80]. With a high frequency, deliberate jumps / falls are registered in other countries: the United States – 26% [47], Singapore – 69.3% [40], which may be a consequence of the prevailing "culture" of suicidal behavior, as well as wider access to tall architectural and technical objects. The high frequency of these cases in the population determines their more significant representation in the trauma hospital. In the overwhelming majority of cases, these are female patients of adolescent and young adult age [21, 60].

Suicide by means of vehicles occurs in many countries of the world, but it is recorded with unequal frequency. In Switzerland, 1.02% of road traffic accidents are associated with suicide. These are mainly young unmarried men [81]. In Scotland, 2.8% of all road traffic crashes are attributed to suicide [82]. In

дальней целью может различаться. В большинстве случаев – это столкновение с другими (преимущественно большегрузными) автомобилями, обычно на главных магистралях или просёлочных дорогах. Реже – въезд на скорости в препятствие – столб, дерево, стену и др. [81, 83]. Встречаются и казуистические случаи с использованием автомобиля. Так, описано самоубийство через повешение в автомобиле – 48-летняя женщина обмотала веревку вокруг шеи, другой конец которой был привязан к деревянному столбу. Автомобиль, стоявший под уклон, самостоятельно скатился, затянув петлю [84]. Не менее редок и вариант умышленного падения под автомобиль. Однако такая форма не всегда оценивается с суицидологических позиций и чаще оформляется как несчастный случай.

Считается, что число самоубийств в результате ДТП недооценивается [82]. В России подобная статистика не ведётся, и объективно оценить распространённость данной формы суицидальных действий в настоящее время невозможно. Пострадавшие в ДТП – преимущественно тяжелый контингент травматологического центра. Объективная диагностика затруднена.

Суицид на железнодорожном транспорте так же не широко распространён, но, как и в случае с ДТП статистика ведётся не во всех странах, что не позволяет сделать более объективный анализ.

На международном уровне самоубийства в результате столкновения с поездом составляют 1-12% всех самоубийств [85]. В Англии и Уэльсе, с одной из наиболее развитых сетей железных дорог этот показатель составляет 4,1%. Самые высокие показатели возрастных особенностей железнодорожных самоубийств наблюдаются у мужчин и женщин среднего возраста [86]. Характерны тяжелые, часто несовместимые с жизнью травмы, ведущие в 94% к смерти. При ретроспективной оценке показано, что у 83% суицидентов присутствовал психиатрический диагноз [85]. Для этих лиц не характерна импульсивность действий, так как люди обычно продумывают свой маршрут, целенаправленно идут на железную дорогу, чтобы покончить с собой. В настоящее время мало известно о том, почему выбирается железнодорожное самоубийство, но исследования выживших показывают, что они часто думали, что их ждёт немедленная, верная и безболезненная смерть [87].

Очень близки к этим действиям, травмы, полученные в метро, среди которых от 16 [88] до 35,7% [89] – это попытки самоубийства. Пострадавшие, чаще мужчины, получают множественные травмы, многие с ампутациями. Большинство суицидальных попыток так же связаны с психическим заболеванием [89], по поводу которых многие наблюдались у психиатра [90].

Самосожжение и ожоги – достаточно редкий спо-

Finland, suicides account for about 12% of all fatal accidents [83].

Vehicle use for the purpose of suicidal may vary. In most cases, this is a collision with other (mainly big and heavy) vehicles, usually on main highways or country roads. Less often this would be crashing into an obstacle – a pillar, tree, wall, etc. – at high speed [81, 83]. There are also casuistic cases involving the use of a car. Thus, a suicide by hanging in a car is described – a 48-year-old woman wrapped a rope around her neck, its other end was tied to a wooden post. The car standing downhill rolled down on its own tightening the loop [84]. The option of deliberately falling under a car is no less rare. However, this form is not always assessed from a suicidological point of view and is more often classified as an accident.

The number of road traffic suicides is believed to be underestimated [82]. In Russia, such statistics are not kept, and it is currently impossible to objectively assess the prevalence of this form of suicidal actions. Victims of road accidents are predominantly a heavy contingent of the trauma center. Objective diagnosis is difficult.

Suicide with railway transport is also not widespread, but, as in the case of road accidents, statistics are not kept in all countries, which does not allow for a more objective analysis.

Internationally, train collision suicides account for 1–12% of all suicides [85]. In England and Wales, with one of the most developed rail networks, the figure reaches 4.1%. The highest rates of age-specific characteristics of railroad suicides are observed in middle-aged men and women [86]. Severe, often fatal injuries are characteristic, leading to death in 94%. A retrospective assessment showed that 83% of suicide attempters had a psychiatric diagnosis [85]. For these persons, impulsiveness of actions is not characteristic, since people usually think over their route, purposefully go to the railway in order to commit suicide. At present, little is known about why railroad suicide is chosen, but studies of survivors indicate that they often thought they would face an immediate, certain and painless death [87].

Underground/subway injuries are very close to these actions, among them 16 [88] to 35.7% [89] are suicide attempts. The victims, more often men, receive multiple injuries, many of which end with amputations. Most suicide attempts are also associated with mental illness [89], for which many have been seen by a psychiatrist [90].

соб суицида для многих европейских стран. В России в отдельных регионах регистрируется не регулярно, с частотой до 0,1% в общей структуре суицидов (табл. 2). Наблюдается в том числе и при постгомицидных самоубийствах [70], но официальной статистики среди поступающих в отечественные ожоговые центры не ведётся. Среди госпитализируемых с термической травмой попытки самоубийства в Германии составляют 0,8% [91], в Швейцарии – 1,02%, [92], США – 1,95% [93], Франции – 5% [94], в Хельсинки – 5,7% [95].

Наиболее широко нанесение себе термической травмы с суицидальной целью распространено в странах Азии и Востока [96], и ряде государств постсоветского пространства. Например, в Таджикистане такой способ составляет 21,5% всех суицидов, в том числе у 30,8% женщин и 7,6% мужчин [48]. В Индии на долю самоубийств приходится 61,5% термических травм [44]. В Иране самосожжение является наиболее частым способом самоубийства у женщин (88,4%) и мужчин (38,9%) [41].

Демографические данные пациентов и мотивация к умышленному нанесению себе ожоговых травм значительно различаются по всему миру. Самосожжение в развивающихся странах обычно ассоциируется с женщинами [41, 97], большинство случаев в странах с более высоким уровнем дохода приходится на мужчин [94, 96]. Как среди европейцев, так и жителей Америки, южных стран, чаще – это возрастная группа от 30 до 40 лет [41, 91, 98]. В качестве средства чаще используются бензин, керосин и легко воспламеняющиеся жидкости [94, 97].

Для термических травм, полученным умышленно по суицидальным мотивам, характерно: высокая частота (до 66,7%) алкогольного опьянения в момент покушения [98], бóльшая площадь (в 4 раза) и степень ожогов, более высокая частота ингаляционных повреждений [93, 95] и потребность в трансплантации [99]. Клиническое течение суицидальных ожогов характеризуется длительным интубационным периодом, более частым формированием множественной лекарственно-устойчивой бактериальной флоры и сепсиса, что ведёт к более высокой смертности [44, 96, 100] – до 65% [101]. У многих пострадавших в досуицидальный период наблюдаются тяжелые депрессивные и тревожные нарушения [44, 96], расстройства личности или шизофрения [91]. Обстоятельства, при которых происходят умышленные самоподжоги, в основном относятся к категории межличностных конфликтов, включая супружеское насилие, насилие над пожилыми людьми или взаимодействие по спорным деловым операциям. К социальным факторам относятся злоупотребление наркотиками и алкоголем, неконструктивное использование свободного времени, неучастие в религиозной и

Self-immolation and burns are a rather rare method of suicide for many European countries. In Russia, in some regions it is not regularly recorded, with a frequency of up to 0.1% in the total structure of suicides (Table 2). It is observed, among other things, in post-homicidal suicides [70], but there are no official statistics among those entering the domestic burn centers. Among those hospitalized with thermal trauma, suicide attempts are classified in 0.8% cases in Germany [91], 1.02% cases in Switzerland, [92], 1.95% cases in the USA [93], 5% cases in France [94], 5.7% cases in Helsinki [95].

The most widespread self-inflicted thermal injury with a suicidal purpose is widespread in the countries of Asia and the East [96], and in a number of post-Soviet states. For example, in Tajikistan this method accounts for 21.5% of all suicides, including in 30.8% of women and 7.6% of men [48]. In India, self-burning suicide accounts for 61.5% of thermal injuries [44]. In Iran, self-immolation is the most frequent method of suicide among women (88.4%) and men (38.9%) [41].

Patient demographics and motivation for deliberately self-inflicted burn injuries vary widely across the world. Self-immolation in developing countries is usually associated with women [41, 97], the majority of cases in higher income countries occur in men [94, 96]. Both among Europeans and residents of America and southern countries, it is more often the age group from 30 to 40 years old [41, 91, 98]. As a means, gasoline, kerosene and flammable liquids are often used [94, 97].

Thermal injuries received deliberately with suicidal motives are characterized with a high frequency (up to 66.7%) of alcohol intoxication at the time of the suicide attempt [98], a (4 times) larger area and the degree of burns, a higher frequency of inhalation injuries [93, 95] and the resulting need for transplantation [99]. The clinical course of suicidal burns is characterized by a long intubation period, more frequent formation of multidrug-resistant bacterial flora and sepsis, which leads to higher mortality [44, 96, 100] – up to 65% [101]. Many victims of the pre-suicidal period have severe depressive and anxiety disorders [44, 96], personality disorders or schizophrenia [91]. The circumstances under which deliberate self-burning occurs are generally categorized as interpersonal conflicts, including spousal violence, violence against the elderly, or interactions in controversial business transactions. Social factors include drug and alcohol abuse, non-constructive use of free time, non-participation in religious and

общественной деятельности, нестабильные отношения и внебрачные связи [101].

Общие характеристики / факторы.

Алкоголь и психоактивные вещества (ПАВ) относятся к факторам суицидального риска. Их потребление ассоциировано с более тяжелыми травмами и смертностью. Частота алкогольного опьянения в момент покушения среди суицидентов с травмами достаточно высока, достигая при отдельных формах повреждений 62–67% [98, 102, 103], потребление наркотиков – 42% [22]. Часто информация об употреблении алкоголя и ПАВ не вносится в медицинскую документацию, что затрудняет объективную оценку их участия в суицидальной динамике [58].

Психические нарушения – частый спутник суицидальных повреждений. По различным оценкам во время совершения травматической суицидальной попытки различные формы психических нарушений выявляются у 90–96% пострадавших, но не более двух третей поступающих в стационар осматриваются психиатром [22, 25]. Между тем, отсутствие в составе бригады специалиста в области психического здоровья часто не позволяет профессионально оценить психическое состояние пациента, в том числе диагностировать суицидальное поведение, объективно оценить суицидальный риск [28].

Диагностика суицидального поведения нередко затруднена, и требует более внимательного изучения условий произошедшего повреждения и анамнеза пациента. Профильные врачи травматологических центров не всегда задают такие вопросы и редко акцентируют внимание на суицидальной теме [58]. Вместе с тем, даже целенаправленный опрос может дать отрицательные результаты несмотря на то, что от точности его решения во многом зависит и дальнейшая тактика ведения пациента, и его судьба. Например, показано, что пациенты практически в каждом третьем (29%) случае нанесения себе огнестрельных ран отрицают суицидальную попытку несмотря на объективные признаки [28]. В другом наблюдении приводится случай с молодым человеком, который обратился в отделение неотложной помощи с поверхностными рваными ранами на левой руке и двусторонними ранами на шее с большим абсцессом на правом предплечье. При опросе сообщил, что порезы на его руке были результатом проверки остроты кухонного ножа, а порезы на шее – результатом сексуальной активности между ним и его подругой. Суицидальный характер повреждений отрицал, несмотря на внешние признаки ран [104].

Объясняющими мотивами такого поведения вполне возможна боязнь стигматизации, часто проявляемой в отношении суицидентов, как медицинским персоналом, так и обывателями [105]. Отрицание

social activities, unstable relationships and extramarital affairs [101].

General characteristics / factors.

Alcohol and psychoactive substances (PAS) are suicide risk factors. Their consumption is associated with more severe injury and death. The frequency of alcoholic intoxication at the time of attempted suicide among suicides with injuries is quite high, reaching 62–67% in certain forms of injury [98, 102, 103], drug use accounts for 42% of such attempts [22]. Often, information about the use of alcohol and psychoactive substances is not included in the medical documentation, which makes it difficult to objectively assess their participation in suicidal dynamics [58].

Mental disorders are a frequent companion of suicidal injuries. According to various estimates, during a traumatic suicide attempt, various forms of mental disorders are detected in 90–96% of victims, but no more than two-thirds of those admitted to the hospital are examined by a psychiatrist [22, 25]. Meanwhile, the absence of a specialist in the field of mental health in the team often does not allow for a professional assessment of the patient's mental state, including diagnosing suicidal behavior, and objectively assessing suicidal risk [28].

Diagnosis of suicidal behavior is often difficult, and requires a more careful study of the conditions of the injury and the patient's history. Specialized doctors of trauma centers do not always ask such questions and rarely focus on the topic of suicide [58]. At the same time, even a targeted survey can give negative results, despite the fact that the further tactics of managing the patient and their fate largely depend on the accuracy of his decision. For example, it has been shown that patients in almost every third (29%) case of inflicting gunshot wounds on themselves deny a suicide attempt despite objective signs [28]. In another case, a young man was admitted to the emergency department with superficial lacerated wounds on his left arm and bilateral wounds on the neck with a large abscess on the right forearm. When interviewed, he said that the cuts on his arm were the result of testing the sharpness of a kitchen knife, and the cuts on his neck were the result of sexual activity between him and his girlfriend. The suicidal nature of the injuries was denied, despite the external signs of wounds [104].

Fear of stigmatization, which is often shown in relation to suicides, both by medical personnel and ordinary people, is quite possible as an explanatory motive for such behav-

умышленного покушения может быть связано и с часто регистрируемой ретроградной амнезией на предшествующий травме период, обусловленной токсическим повреждением ЦНС. В подобной ситуации значима и роль алкоголя – доля амнезии суицидальных попыток на фоне алкогольного опьянения достигает 25%. Важным условием получения более объективных данных о характере совершённых действий является привлечение близких пациента и/или свидетелей [106].

Привлечение к осмотру психиатра и оценка суицидальных рисков могут быть актуальны не обязательно для текущей суицидальной активности. Наличие травмы, даже не связанной с суицидальным поведением, может ассоциироваться с таковым в будущем. От 2 до 4% пациентов с травмами впоследствии госпитализируются в связи с попыткой самоубийства [107, 108], а 0,3% умирают в результате суицида [107]. Ретроспективный анализ показывает, что половина пациентов, умерших в результате самоубийства, ранее поступали в травматологическую службу в результате причинения себе телесных повреждений. Средний период от первоначальной травмы до самоубийства составляет 2,8 года [109]. Можно предположить, что часть предыдущих госпитализаций этих пациентов были обусловлены умышленными, но нераспознанными самоповреждениями, в том числе по суицидальным мотивам. В этой связи большое значение имеет работа психиатра в отношении возможного снижения риска повторной суицидальной попытки.

Повторные попытки после травматических суицидальных действий регистрируются с неодинаковой частотой при различных формах первичных повреждений. Их доля составляет от 1,1 [22] до 6,7% [109]. Но вполне вероятны и другие показатели распространённости, учитывая недостатки и сложности суицидологического учёта [110]. Исследования так же показывают, что существенно снизить риск повторных суицидальных попыток позволяет внедрение ранней психиатрической консультации, начиная уже с момента поступления с травмами в стационар, с отделения интенсивной терапии [25].

Не менее сложным является вопрос и дифференцирования повреждений по суицидальным и несуйцидальным мотивам, граница между которыми не всегда ясна [111]. Нередко общение с пациентом вне целенаправленного поиска не даёт достаточно полного понимания конкретной клинической ситуации, несмотря на имеющиеся повреждения. Наш клинический опыт свидетельствует о том, что при дифференцировании этих состояний важно учитывать, что при несуйцидальных самоповреждениях обычно отсутствует осознаваемое желание умереть, во всяком случае в настоящий момент и от текущего самоповреждения. Как правило,

ior [105] Denial of deliberate suicide attempt can also be associated with the often recorded retrograde amnesia in the period preceding the injury, caused by toxic damage to the central nervous system. In such situations, the role of alcohol is also significant – the share of amnesia in suicidal attempts against the background of alcoholic intoxication reaches 25%. An important condition for obtaining more objective data on the nature of the actions committed is the involvement of relatives of the patient and / or witnesses [106].

Involvement of a psychiatrist in the examination and assessment of suicidal risks may not be relevant for the current suicidal activity. The presence of trauma, even not associated with suicidal behavior, may be associated with such in the future. From 2 to 4% of trauma patients are subsequently hospitalized for attempted suicide [107, 108], and 0.3% die as a result of suicide [107]. A retrospective analysis shows that half of the patients who died as a result of suicide had previously been admitted to the trauma service due to self-harm. The average period from initial injury to suicide is 2.8 years [109]. It can be assumed that some of the previous hospitalizations of these patients were caused by deliberate but unrecognized self-harm, including suicidal motives. In this regard, the work of the psychiatrist is of great importance in relation to the possible reduction of the risk of repeated suicidal attempts.

Repeated attempts after traumatic suicidal actions are recorded with unequal frequency in different forms of primary injuries. Their share ranges from 1.1 [22] to 6.7% [109]. However, other prevalence rates are likely, given the shortcomings and complexities of suicidological reporting [110]. Studies also show that the introduction of early psychiatric consultation, starting from the moment of admission with injuries to the hospital, from the intensive care unit, can significantly reduce the risk of repeated suicidal attempts [25].

Equally difficult is the issue of differentiating injuries based on suicidal and non-suicidal motives, the border between which is not always clear [111]. Often, communication with a patient outside of a targeted search does not give a sufficiently complete understanding of a specific clinical situation, despite the existing damage. Our clinical experience indicates that when differentiating these states, it is important to take into account that in non-suicidal self-harm, there is usually no conscious desire to die, at least at the present

основной задачей умышленной несуйцидальной травмы является эмоциональная разрядка в виде переживания боли и страдания, после которой наступает хоть и временное, но субъективно ощущаемое улучшение. Для суйцидальных действий, реакция личности на событие другая (чаще негативная) и определяется в зависимости от цели – умереть, воздействовать на окружающих (суйцидальный шантаж, рентные цели и др.) или др.

В пользу несуйцидальных самоповреждений так же могут свидетельствовать данные анамнеза о более тяжелых и длительных психических нарушениях (преимущественно различного уровня депрессии), патологические черты характера [103, 104]. При осмотре пострадавшего часто выявляются следы ранее перенесённых травматических повреждений, что требует более внимательного и полного внешнего осмотра пациента.

Заключение.

Приведённые в обзоре данные свидетельствуют о том, что работа медицинского персонала отделений / центров травматологии очень часто включает оказание помощи лицам, совершившим суйцидальные действия. Практически при всех видах травм, у мужчин и женщин, в различных возрастных категориях и социальных группах присутствует суйцидальный контингент. Однако не во всех случаях специалисты непсихиатрического профиля могут распознать этих пациентов, оценить суйцидальный риск и предложить программу лечения, включающую в том числе и меры превенции самоубийства в будущем. Вполне обосновано более широкое привлечение специалистов в области психического здоровья к консультативной помощи и лечению пациентов травматологического профиля, а также необходимость повышения уровня знаний в области суйцидологии врачей и среднего медицинского персонала, работающего с различного рода травмами.

Среди организационных мер требуют решения вопросы своевременного выявления, регистрации и учёта суйцидологического контингента, организации психологической, психиатрической, при необходимости и наркологической помощи пациентам, как на этапе пребывания в травматологическом стационаре, так и последующего динамического наблюдения.

moment and from current self-harm. As a rule, the main task of intentional non-suicidal trauma is emotional release in the form of experiencing pain and suffering, after which there is, albeit a temporary, but subjectively felt improvement. For suicidal actions, the reaction of the individual to the event is different (more often negative) and is determined depending on the goal – to die, to influence others (suicidal blackmail, rental goals, etc.) or something else.

In favor of non-suicidal self-harm there can also be evidenced the data of anamnesis of more severe and prolonged mental disorders (mainly of different levels of depression), pathological character traits [103, 104]. Examination of the victim often reveals traces of previous traumatic injuries, which requires a more careful and complete external examination of the patient.

Conclusion.

The data presented in the review indicate that the work of medical personnel in trauma departments / centers very often includes providing assistance to persons who have committed suicidal acts. In almost all types of injuries, both in men and women, in different age categories and social groups, there is a suicidal contingent. However, not in all cases, non-psychiatric specialists are able to recognize these patients, assess suicidal risk and propose a treatment program that includes, among other things, measures to prevent future suicide. The wider involvement of mental health professionals in counseling and treatment of trauma patients, as well as the need to increase the level of knowledge in the field of suicidology of doctors and nurses working with various kinds of injuries, is fully justified.

Among the organizational measures, the issues of timely detection, registration and accounting of the suicidological contingent, the organization of psychological, psychiatric, and, if necessary, drug addiction assistance to patients, both at the stage of stay in a trauma hospital and subsequent follow-up observation, need to be addressed.

Литература / References:

1. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив. Женева: ВОЗ, 2014. 96 с. [Suicide prevention: a Global imperative. Geneva: WHO, 2014. 96 p.] (In Russ)
2. Разводovsky Ю.Е., Кандрычын С.В., Зотов П.Б. Гендерный градиент суйцидов и уровень экономической активности в странах Восточной и Западной Европы. *Девантология*. 2020; 4 (1): 29-32. [Razvodovsky Y.E., Kandrychyn S.V., Zotov P.B. Gender gap in suicides and level of economic activity in the countries of Eastern and Western Europe. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (1): 29-32.] (In Russ)
3. Образцова А.С. О группе поддержки переживающих суйцид близкого. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 72-74. [Obraztsova A.S. about the support group for those experiencing suicide of a loved one. *Academic journal of Western Siberia*. 2018; 14 (3): 72-74.] (In Russ)
4. Андреева Т.М., Поликарпов А.В., Огрызко Е.В. Динамика травматизма у взрослого населения в Российской Федерации за 2010-2014 годы. *Менеджер здравоохранения*. 2016; 4: 17-26. [Andreeva T.M., Polikarpov A.V., Ogryzko E.V. Dynamics of injuries in the adult population in the Russian Federation for 2010-2014. *Health manager*. 2016; 4: 17-26.] (In Russ)
5. Шишкин Е.В. Анализ эффективности первых лет работы травматологического центра первого уровня на территории

- Челябинской области. *Казанский медицинский журнал*. 2015; 96 (1): 100-104. [Shishkin E. V. Analysis of the effectiveness of the first years of operation of the first-level trauma center in the Chelyabinsk region. *Kazan medical journal*. 2015; 96 (1): 100-104.] (In Russ)
6. McDonald A., Dawkins N., Titus I. Patterns of trauma injuries in rural versus urban Jamaica. *West Indian Med J*. 2001 Sep; 50 (3): 214-217.
 7. Burt C.W., Fingerhut L.A. Injury visits to hospital emergency departments: United States, 1992-95. *Vital Health Stat 13*. 1998 Jan; 131: 1-76.
 8. DiMaggio C.J., Avraham J.B., Lee D.C., Frangos S.G., Wall S.P. The Epidemiology of Emergency Department Trauma Discharges in the United States. *Acad Emerg Med*. 2017 Oct; 24 (10): 1244-1256. DOI: 10.1111/acem.13223.
 9. Dannenberg A.L., Baker S.P., Li G. Intentional and unintentional injuries in women. An overview. *Ann Epidemiol*. 1994 Mar; 4 (2): 133-139. DOI: 10.1016/1047-2797(94)90059-0.
 10. Weninger P., Aldrian S., Koenig F., Vécsei V., Nau T. Functional recovery at a minimum of 2 years after multiple injury-development of an outcome score. *J Trauma*. 2008 Oct; 65 (4): 799-808. DOI: 10.1097/TA.0b013e3181820dae.
 11. Padalino P., Intelisano A., Traversone A., Marini A.M., Castellotti N., Spagnoli D., Russo R., Zola R., Salvini P. Analysis of quality in a first level trauma center in Milan, Italy. *Ann Ital Chir*. 2006 Mar-Apr; 77 (2): 97-106.
 12. Christensen M.C., Ridley S., Lecky F.E., Munro V., Morris S. Outcomes and costs of blunt trauma in England and Wales. *Crit Care*. 2008; 12 (1): R23. DOI: 10.1186/cc6797. Epub 2008 Feb 19.
 13. Motamedi M.H., Khatami S.M., Tarighi P. Assessment of severity, causes, and outcomes of hospitalized trauma patients at a major trauma center. *J Trauma*. 2009 Feb; 66 (2): 516-518. DOI: 10.1097/TA.0b013e31816920db.
 14. Zuraik C., Sampalis J. Epidemiology of Traumatic Injuries at an Urban Hospital in Port-au-Prince, Haiti. *World J Surg*. 2017 Nov; 41 (11): 2674-2680. DOI: 10.1007/s00268-017-4088-2.
 15. Plummer J.M., Brown H., Jones K., Fearon-Boothe D., Meeks-Aitken N., McDonald A.H. Trauma: the burden of a preventable problem. *West Indian Med J*. 2010 Jan; 59 (1): 26-28.
 16. McDonald A., Duncan N.D., Mitchell D.I., Fletcher P.R. Trauma aetiology and cost in the Accident and Emergency Unit of the University Hospital of the West Indies. *West Indian Med J*. 1999 Sep; 48 (3): 141-142.
 17. Ogendi J.O., Ayisi J.G. Causes of injuries resulting in a visit to the emergency department of a Provincial General Hospital, Nyanza, western Kenya. *Afr Health Sci*. 2011 Jun; 11 (2): 255-261.
 18. Sanyang E., Peek-Asa C., Bass P., Young T.L., Jagne A., Njie B. Injury factors associated with discharge status from emergency room at two major trauma hospitals in The Gambia, Africa. *Injury*. 2017 Jul; 48 (7): 1451-1458. DOI: 10.1016/j.injury.2017.03.048.
 19. Rodriguez C., Bonilla-Escobar F.J., Restrepo-Lopera C., Markovtsova A., Medina M.T., Puyana J.C. A trauma registry experience from the main referral center of Honduras: A call for action. *Injury*. 2019 Apr; 50 (4): 883-889. DOI: 10.1016/j.injury.2019.03.022.
 20. Ayana B., Mekonen B., Lollino N. The 'hit by a stick' disease: an epidemiologic study of the causes of trauma in a non-profit hospital in rural Ethiopia. *Trop Doct*. 2012 Jan; 42 (1): 1-4. DOI: 10.1258/td.2011.110115.
 21. Topp T., Lefering R., Mueller T., Ruchholtz S., Patzer T., Kühne C.A. TraumaRegister der DGU Suicide in old age: the underestimated risk. An analysis of 1,894 patients in the Trauma Registry of the German Trauma Society. *Unfallchirurg*. 2013 Apr; 116 (4): 332-337. DOI: 10.1007/s00113-011-2109-4.
 22. van Aalst J.A., Shotts S.D., Vitsky J.L., Bass S.M., Miller R.S., Meador K.G., Morris J.A. Long-term follow-up of unsuccessful violent suicide attempts: risk factors for subsequent attempts. *Jr J Trauma*. 1992 Sep; 33 (3): 457-464.
 23. Steljes T.P., Fullerton-Gleason L., Kuhls D., Shires G.T., Fildes J. Epidemiology of suicide and the impact on Western trauma centers. *J Trauma*. 2005 Apr; 58 (4): 772-777. DOI: 10.1097/01.ta.0000158253.15597.ce.
 24. Varley J., Pilcher D., Butt W., Cameron P. Self-harm is an independent predictor of mortality in trauma and burns patients admitted to ICU. *Injury*. 2012 Sep; 43 (9): 1562-5. DOI: 10.1016/j.injury.2011.06.005.
 25. Pajonk F.G., Ruchholtz S., Waydhas C., Schneider-Axmann T. Long-term follow-up after severe suicide attempt by multiple blunt trauma. *Eur Psychiatry*. 2005 Mar; 20 (2): 115-120. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2004.10.003.
 26. Ryb G.E., Soderstrom C.A., Kufera J.A., Dischinger P. Longitudinal study of suicide after traumatic injury. *J Trauma*. 2006 Oct; 61 (4): 799-804. DOI: 10.1097/01.ta.0000196763.14289.4e.
 27. Dekker L., Heller H.M., van der Meij J.E., Toor A.E.J., Geeraedts L.M.G. A mixed psychiatric and somatic care unit for trauma patients: 10 years of experience in an urban level I trauma center in the Netherlands. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2019 Feb 15. DOI: 10.1007/s00068-019-01088-3.
 28. McClay M.M., O'Connor S.S., Groh B.N., Baudino M., Venanzi L., Shields A., Wilson J.E., Bone J., Nicolson S. Denial of Suicide Attempt Among Hospitalized Survivors of a Self-Inflicted Gunshot Wound. *Psychiatr Serv*. 2018 Jun 1; 69 (6): 657-663. DOI: 10.1176/appi.ps.201700130.
 29. Чубина С.А., Любов Е.Б., Куликов А.Н. Клинико-эпидемиологический анализ суицидального поведения в Тульской области. *Суицидология*. 2015; 6 (4): 66-75. [Chubina S.A., Lyubov E.B., Kulikov A.N. Clinical and epidemiological analysis of suicidal behavior in Tula region. *Suicidology*. 2015; 6 (4): 66-75.] (In Russ)
 30. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Тарасова О.А. Эпидемиология самоубийств в Забайкальском крае, организация кризисной помощи населению. *Суицидология*. 2013; 4 (1): 48-53. [Govorin N.V., Sakharov A.V., Stupina O.P., Tarasova O.A. Epidemiology of suicide in Transbaikalian territory, organization of assistance to the population. *Suicidology*. 2013; 4 (1): 48-53.] (In Russ)
 31. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. *Суицидология*. 2013; 4 (1): 54-61. [Zotov P.B., Rodyashin E.V. Suicide in Tyumen and the south of the Tyumen region (Western Siberia): dynamics for 2007-2012. *Suicidology*. 2013; 4 (1): 54-61.] (In Russ)
 32. МIRONET E.H., ПЕТРОВ Г.П. Медико-статистический анализ завершённых суицидов в Чувашской республике за 1992-1996 гг. *Проблемы экспертизы в медицине*. 2001; 1 (3): 30-32. [Mironets E.N., Petrov G.P. Medical and statistical analysis of completed suicides in the Chuvash Republic for 1992-1996. *Problems of expertise in medicine*. 2001; 1 (3): 30-32.] (In Russ)
 33. Попов А.В. Смертность от внешних причин среди сельского населения Удмуртской Республики. *Социальные аспекты населения*. Электронный научный журнал. 2012. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/373/30/> [Popov A.V. Mortality from external causes among the rural population of the Udmurt Republic. *Social aspects of the population*. Electronic scientific journal. 2012. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/373/30/>] (In Russ)
 34. Мальцев А.Е., Шешунов И.В., Зыков В.В. Региональные особенности завершённых самоубийств в Кировской области. *Социальные аспекты населения*. Электронный научный журнал. 2010. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/225/30/> [Maltsev A.E., Sheshunov I.V., Zykov V.V. Regional features of completed suicides in the Kirov region. *Social aspects of the population*. Electronic scientific journal. 2010. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/225/30/>] (In Russ)
 35. Зыков В.В., Юрков С.А., Зорин С.Л. Способы совершения самоубийств в Кировской области / В сб.: Общество. Наука. Инновации (НПК-2019). Сборник статей XIX Всероссийской научно-практической конференции: в 4-х томах. 2019. С. 185-190. [Zykov V.V., Yurkov S.A., Zorin S.L. Ways of committing suicide in the Kirov region / In sat.: Society. The science. Innovation (NPC-2019). Collection of articles of the XIX all-Russian scientific and practical conference: in 4 volumes. 2019. Pp. 185-190.] (In Russ)
 36. Торкунов П.А., Положий Б.С., Рыбакина А.В., Рагозина Н.П., Литус С.Н., Шабанов П.Д., Земляной А.В. Анализ суицидальной активности жителей Псковской области и факторов, влияющих на её динамику. *Девiantология*. 2020; 4 (1): 33-44. [Torkunov P.A., Polozhy B.S., Rybakina A.V., Ragozina N.P., Litus S.N., Shabanov P.D., Zemlyanoy A.V. Analysis of suicidal activity of Pskov region residents and factors affecting its dynamics. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (1): 33-44.] (In Russ)

37. Ворсина О.П. Суицидальное поведение населения, проживающего в Усть-Ордынском Бурятском автономном округе. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2009; 3 (54): 101-102. [Vorsina O.P. Suicidal behavior of the population living in the Ust-Orda Buryat Autonomous district. *Siberian Bulletin of psychiatry and narcology*. 2009; 3 (54): 101-102.] (In Russ)
38. Давидовский С.В. Особенности суицидального поведения среди жителей г. Минска. *Здравоохранение*. 2016; 3: 72-77. [Davidovsky S.V. Features of suicidal behavior among residents of Minsk. *Health*. 2016; 3: 72-77.] (In Russ)
39. Starkuviene S., Kalediene R., Petrauskiene J. Epidemic of suicide by hanging in Lithuania: does socio-demographic status matter? *Public Health*. 2006 Aug; 120 (8): 769-775. DOI: 10.1016/j.puhe.2006.04.009.
40. Ng D.W., Lau G. Suicide trends in Singapore: two decades down the road. *Med Sci Law*. 2003 Apr; 43 (2): 141-147. DOI: 10.1258/rsmmsl.43.2.141.
41. Azizpour Y., Sayehmiri K., Asadollahi K., Kaikhavani S., Bagheri M. Epidemiological study of suicide by physical methods between 1993 and 2013 in Ilam province, Iran. *BMC Psychiatry*. 2017 Aug 23; 17 (1): 304. DOI: 10.1186/s12888-017-1461-5.
42. Abdel Moneim W.M., Yassa H.A., George S.M. Suicide trends in Upper Egypt. *J Forensic Sci*. 2012 Sep; 57 (5): 1247-1251. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2012.02247.x
43. Kanchan T., Menon A., Menezes R.G. Methods of choice in completed suicides: gender differences and review of literature. *J Forensic Sci*. 2009 Jul; 54 (4): 938-942. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2009.01054.x.
44. Kumar S., Verma A.K., Singh U.S., Singh R. Autopsy audit of intentional burns inflicted by self or by others in north India-5 year snapshot. *J Forensic Leg Med*. 2015 Oct; 35: 29-32. DOI: 10.1016/j.jflm.2015.06.015.
45. Cusick TE, Chang FC, Woodson TL, Helmer SD. Is resuscitation after traumatic suicide attempt a futile effort? A five-year review at a level I trauma center. *Am Surg*. 1999 Jul; 65 (7): 643-646.
46. Bittner J.G. 4th, Hawkins M.L., Atteberry L.R., Ferdinand C.H., Medeiros R.S. Impact of traumatic suicide methods on a level I trauma center. *Am Surg*. 2010 Feb; 76 (2): 176-181.
47. Hadjizacharia P., Brown C.V., Teixeira P.G., Chan L.S., Yang K., Salim A., Inaba K., Rhee P., Demetriades D. Traumatic suicide attempts at a level I trauma center. *J Emerg Med*. 2010 Oct; 39 (4): 411-418. DOI: 10.1016/j.jemermed.2008.04.031.
48. Шаропова Н.М., Шарипов Т., Турсунов Р.А. Социально - демографические и этнокультуральные аспекты суицидов в Республике Таджикистан. *Вестник Авиценны*. 2014; 3: 86-91. [Sharopova N.M., Sharipov T., Tursunov R. A. Socio-demographic and ethno-cultural aspects of suicide in the Republic of Tajikistan. *Avicenna's Messenger*. 2014; 3: 86-91.] (In Russ)
49. Faller-Marquardt M., Bohnert M., Logemann E., Pollak S. Combined Suicide by Drinking Acetic Acid With Subsequent Hanging. *Arch Kriminol*. 2000 Nov-Dec; 206 (5-6): 140-149.
50. Naghavi M., Marczak L.B., Kutz M., et al. Global Burden of Disease 2016 Injury Collaborators. *JAMA*. 2018 Aug 28; 320 (8): 792-814. DOI: 10.1001/jama.2018.10060.
51. Sise R.G., Calvo R.Y., Spain D.A., Weiser T.G., Staudenmayer K.L. The epidemiology of trauma-related mortality in the United States from 2002 to 2010. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014 Apr; 76 (4): 913-919. DOI: 10.1097/TA.0000000000000169.
52. Tessler R.A., Arbabi S., Bulger E.M., Mills B., Rivara F.P. Trends in Firearm Injury and Motor Vehicle Crash Case Fatality by Age Group, 2003-2013. *JAMA Surg*. 2019 Apr 1; 154 (4): 305-310. DOI: 10.1001/jamasurg.2018.4685.
53. Jack S.P.D., Petrosky E., Lyons B.H., Blair J.M., Ertl A.M., Sheats K.J., Betz C.J. Surveillance for Violent Deaths - National Violent Death Reporting System, 27 States, 2015. *MMWR Surveill Summ*. 2018 Sep 28; 67 (11): 1-32. DOI: 10.15585/mmwr.ss6711a1.
54. Cook A., Osler T., Hosmer D., Glance L., Rogers F., Gross B., Garcia-Filion P., Malhotra A. Gunshot wounds resulting in hospitalization in the United States: 2004-2013. *Injury*. 2017 Mar; 48 (3): 621-627. DOI: 10.1016/j.injury.2017.01.044.
55. Dare A.J., Irving H., Guerrero-López C.M., Watson L.K., Kolpak P., Reynales Shigematsu L.M., Sanches M., Gomez D., Gelband H., Jha P. Geospatial, racial, and educational variation in firearm mortality in the USA, Mexico, Brazil, and Colombia, 1990-2015: a comparative analysis of vital statistics data. *Lancet Public Health*. 2019 Jun; 4 (6): e281-e290. DOI: 10.1016/S2468-2667(19)30018-0.
56. Christoffel K.K., Naureckas S.M. Firearm injuries in children and adolescents: epidemiology and preventive approaches. *Curr Opin Pediatr*. 1994 Oct; 6 (5): 519-524. DOI: 10.1097/00008480-199410000-00003.
57. Vecino-Ortiz A.I., Guzman-Tordecilla D.N. Gun-carrying restrictions and gun-related mortality, Colombia: a difference-in-difference design with fixed effects. *Bull World Health Organ*. 2020 Mar 1; 98 (3): 170-176. DOI: 10.2471/BLT.19.236646.
58. Conn L.M., Rudnick B.F., Lion J.R. Psychiatric care for patients with self-inflicted gunshot wounds. *Am J Psychiatry*. 1984 Feb; 141 (2): 261-263. DOI: 10.1176/ajp.141.2.261.
59. Raifman J., Sampson L., Galea S. Suicide fatalities in the US compared to Canada: Potential suicides averted with lower firearm ownership in the US. *PLoS One*. 2020 Apr 30; 15 (4): e0232252. DOI: 10.1371/journal.pone.0232252.
60. Li G., Ling J., DiScala C., Nordenholz K., Sterling S., Baker S.P. Characteristics and outcomes of self inflicted pediatric injuries: the role of method of suicide attempt. *Inj Prev*. 1997 Jun; 3 (2): 115-119. DOI: 10.1136/ip.3.2.115.
61. Crandall M., Luchette F., Esposito T.J., West M., Shapiro M., Bulger E. Attempted suicide and the elderly trauma patient: risk factors and outcomes. *J Trauma*. 2007 Apr; 62 (4): 1021-1007. DOI: 10.1097/01.ta.0000229784.88927.6e.
62. Mathews E.M., Woodward C.J., Musso M.W., Jones G.N. Suicide attempts presenting to trauma centers: trends across age groups using the National Trauma Data Bank. *Am J Emerg Med*. 2016 Aug; 34 (8): 1620-1624. DOI: 10.1016/j.ajem.2016.06.014.
63. Brooks S.E., Burruss S.K., Mukherjee K. Suicide in the Elderly: A Multidisciplinary Approach to Prevention. *Clin Geriatr Med*. 2019 Feb; 35 (1): 133-145. DOI: 10.1016/j.cger.2018.08.012.
64. Riddell C.A., Harper S., Cerdá M., Kaufman J.S. Comparison of Rates of Firearm and Nonfirearm Homicide and Suicide in Black and White Non-Hispanic Men, by U.S. State. *Ann Intern Med*. 2018 May 15; 168 (10): 712-720. DOI: 10.7326/M17-2976.
65. Richmond T.S., Schwab C.W., Riely J., Branas C.C., Cheney R., Dunfey M. Effective trauma center partnerships to address firearm injury: a new paradigm. *J Trauma*. 2004 Jun; 56 (6): 1197-1205. DOI: 10.1097/01.ta.0000130760.87714.0e.
66. Arunkumar P., Maiese A., Bolino G., Gitto L. Determined to Die! Ability to Act Following Multiple Self-inflicted Gunshot Wounds to the Head. The Cook County Office of Medical Examiner Experience (2005-2012) and Review of Literature. *J Forensic Sci*. 2015 Sep; 60 (5): 1373-1379. DOI: 10.1111/1556-4029.12780.
67. Crutcher C.L. 2nd, Fannin E.S., Wilson J.D. Racial Disparities in Cranial Gunshot Wounds: Intent and Survival. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2016 Dec; 3 (4): 687-691. DOI: 10.1007/s40615-015-0187-7.
68. Solarino B., Nicoletti E.M., Di Vella G. Fatal firearm wounds: a retrospective study in Bari (Italy) between 1988 and 2003. *Forensic Sci Int*. 2007 May 24; 168 (2-3): 95-101. DOI: 10.1016/j.forsciint.2007.01.023.
69. Kuhls D.A., Campbell B.T., Burke P.A., et al. Survey of American College of Surgeons Committee on trauma members on firearm injury: Consensus and opportunities. *J Trauma Acute Care Surg*. 2017 May; 82 (5): 877-886. DOI: 10.1097/TA.0000000000001405.
70. Зотов П.Б., Спадерова Н.Н. Постгомицидные самоубийства в Тюменской области (Западная Сибирь) в 2008-2018 гг. *Девушология*. 2019; 3 (2): 52-58. [Zotov P.B., Spaderova N.N. Post-homicidal suicides in the Tyumen region (Western Siberia) in 2008-2018. *Deviant Behavior (Russia)*. 2019; 3 (2): 52-58.] (In Russ)
71. Blessing M.M., Lin P.T. Suicide by Shotgun in Southeastern Minnesota. *J Forensic Sci*. 2016 Jan; 61 (1): 159-162. DOI: 10.1111/1556-4029.12946
72. Srisont S., Peonim A.V., Chirachariyavej T. An autopsy case report of suicide by multiple self-cutting and self-stabbing over the chest and neck. *J Med Assoc Thai*. 2009 Jun; 92 (6): 861-844.
73. Kaliszan M., Kernbach-Wighton G., Bouhaidar R. Multiple self-inflicted stab wounds to neck, chest and abdomen as a unique manner of suicide. *J Forensic Sci*. 2010 May; 55 (3): 822-825. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2010.01322.x.
74. Durmić T., Atanasijević T., Bogdanović M. Circumferential suicidal cutting of the lower legs. *Forensic Sci Med Pathol*. 2018 Dec; 14 (4): 561-563. DOI: 10.1007/s12024-018-0011-x.

75. Sgardello S.D., Christodoulou M., Abbassi Z. Anatomy of a Suicide: A Case Report. *Am J Case Rep.* 2019 Dec 3; 20: 1801-1804. DOI: 10.12659/AJCR.917993.
76. Кирпиченко А.А., Барышев А.Н. Суицидальное поведение подростков г. Витебска и Витебской области. *Вестник Витебского государственного медицинского университета.* 2015; 14 (2): 77-82. [Kirpichenko A.A., Baryshev A.N. Suicidal behavior of teenagers in Vitebsk and the Vitebsk region. *Bulletin of the Vitebsk state medical University.* 2015; 14 (2): 77-82.] (In Russ)
77. Штаньков С.И., Мытыга П.Г., Гольшев В.Ю., Малева С.С. Особенности поведения суицидентов в г. Воронеже. *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья.* 2019; 76: 33-38. [Stankov S.I., Motiga P.G., Golyshch V.Y., Maleva S.S. Behaviors of suicides in the city of Voronezh. *Scientific and medical Bulletin of the Central Chernozem region.* 2019; 76: 33-38.] (In Russ)
78. Ваулин С.В., Алексеева М.В., Моренет Т.В. Госпитальные суицидальные попытки и самоубийства в психиатрическом стационаре, во время лечебного отпуска и в ранние сроки после выписки. *Вестник Смоленской государственной медицинской академии.* 2017; 16 (1): 94-99. [Vaulin S.V., Alekseeva M.V., Morenets T.V. Hospital suicidal attempts and suicides in a psychiatric hospital, during medical leave and in the early periods after discharge. *Bulletin of the Smolensk state medical Academy.* 2017; 16 (1): 94-99.] (In Russ)
79. Park H., Lee B., Yoon C. Suicide by blunt head trauma - Two cases with striking similarities. *Forensic Sci Int.* 2015 Oct; 255: 102-125. DOI: 10.1016/j.forsciint.2015.08.002.
80. Хуснутдинова З.А. Суицидальное поведение подростков. *Социологические исследования.* 2015; 11: 161-163. [Khusnutdinova Z.A. Suicidal behavior of adolescents. *Sociological research.* 2015; 11: 161-163.] (In Russ)
81. Gauthier S., Reisch T., Ajdacic-Gross V., Bartsch C. Road Traffic Suicide in Switzerland. *Traffic Inj Prev.* 2015; 16 (8): 768-772. DOI: 10.1080/15389588.2015.1021419.
82. Wyatt J.P., Squires T., Collis S., Broadley R. Road traffic suicides. *J Forensic Leg Med.* 2009 May; 16 (4): 212-214. DOI: 10.1016/j.jflm.2008.12.003.
83. Radun I., Radun J., Kaistinen J., Olivier J., Parkkari I., Kecklund G., Theorell T. Suicide by crashing into a heavy vehicle: Professional drivers' views. *Traffic Inj Prev.* 2019; 20 (8): 826-831. DOI: 10.1080/15389588.2019.1679796.
84. Barranco R., Caputo F., Bonsignore A., Fraternali Orcioni G., Ventura F. Am A Rare Vehicle-Assisted Ligature Hanging: Suicide at the Wheel. *J Forensic Med Pathol.* 2018 Mar; 39 (1): 69-72. DOI: 10.1097/PAF.0000000000000371.
85. Krysinska K., De Leo D. Suicide on railway networks: epidemiology, risk factors and prevention. *Aust N Z J Psychiatry.* 2008 Sep; 42 (9): 763-771. DOI: 10.1080/00048670802277255.
86. Taylor A.K., Knipe D.W., Thomas K.H. Railway suicide in England and Wales 2000-2013: a time-trends analysis. *BMC Public Health.* 2016 Mar 15; 16: 270. DOI: 10.1186/s12889-016-2944-x.
87. Mishara B.L., Bardou C. Systematic review of research on railway and urban transit system suicides. *J Affect Disord.* 2016 Mar 15; 193: 215-226. DOI: 10.1016/j.jad.2015.12.042.
88. Rodier S.G., DiMaggio C.J., Wall S., Sim V., Frangos S.G., Ayong-Chee P., Bukur M., Tandon M., Todd S.R., Marshall G.T. Subway-Related Trauma: An Urban Public Health Issue with a High Case-Fatality Rate. *J Emerg Med.* 2018 Aug; 55 (2): 165-171.e1. DOI: 10.1016/j.jemermed.2018.04.015.
89. Donnally Iii C.J., Sheu J.I., Roth E.S., Allegra P.R., Rush Iii A.J., Shin S.H., Dodds S.D. An Elevated Metrorail as a Source of Orthopedic Injuries and Death at a Level-I Trauma Center. *Iowa Orthop J.* 2019; 39 (1): 159-164.
90. Ratnayake R., Links P.S., Eynan R. Suicidal behaviour on subway systems: a review of the epidemiology. *J Urban Health.* 2007 Nov; 84 (6): 766-781. DOI: 10.1007/s11524-007-9211-5.
91. Houschyar K.S., Tapking C., Duscher D., Maan Z.N., Shekter C.C., Rein S., Chelliah M.P., Nietzsche L., Weissenberg K., Reumuth G., Schulz T., Branski L.K., Siemers F. Optimising management of self-inflicted burns: a retrospective review. *J Wound Care.* 2019 Jun 2; 28 (6): 317-322. DOI: 10.12968/jowc.2019.28.6.317.
92. Gauthier S., Reisch T., Bartsch Ch. Self-burning - a rare suicide method in Switzerland and other industrialised nations - a review. *Burns.* 2014 Dec; 40 (8): 17220-176. DOI: 10.1016/j.burns.2014.02.007.
93. Thombs B.D., Bresnick M.G. Mortality risk and length of stay associated with self-inflicted burn injury: evidence from a national sample of 30,382 adult patients. *Crit Care Med.* 2008 Jan; 36 (1): 118-125. DOI: 10.1097/01.CCM.0000293122.43433.72.
94. Chatelain S., Serron K., Chaouat M., Mimoun M., Boccaro D. Self-inflicted burns in our burns center between 2011 and 2016. *Ann Chir Plast Esthet.* 2018 Feb; 63 (1): 41-46. DOI: 10.1016/j.anplas.2017.11.008.
95. Palmu R., Isometsä E., Suominen K., Vuola J., Leppävuori A., Lönnqvist J. Self-inflicted burns: an eight year retrospective study in Finland. *Burns.* 2004 Aug; 30 (5): 443-447. DOI: 10.1016/j.burns.2004.01.020.
96. Nisavic M., Nejad S.H., Beach S.R. Intentional Self-inflicted Burn Injuries: Review of the Literature. *Psychosomatics.* 2017 Nov-Dec; 58 (6): 581-591. DOI: 10.1016/j.psym.2017.06.001.
97. Lama B.B., Duke J.M., Sharma N.P., Thapa B., Dahal P., Bariya N.D., Marston W., Wallace H.J. Burns. Intentional burns in Nepal: a comparative study. 2015 Sep; 41 (6): 1306-1314. DOI: 10.1016/j.burns.2015.01.006.
98. de Macedo J.L., Rosa S.C., Gomes e Silva M. Self-inflicted burns: attempted suicide. *Rev Col Bras Cir.* 2011 Nov-Dec; 38 (6): 387-391. DOI: 10.1590/s0100-69912011000600004.
99. Mushin O.P., Esquenazi M.D., Ayazi S., Craig C., Bell D.E. Self-inflicted burn injuries: Etiologies, risk factors and impact on institutional resources. *Burns.* 2019 Feb; 45 (1): 213-219. DOI: 10.1016/j.burns.2017.07.016.
100. Theodorou P., Phan V.T., Weinand C., Maegele M., Maurer C.A., Perbix W., Leitsch S., Lefering R., Spilker G. Suicide by burning: epidemiological and clinical profiles. *Ann Plast Surg.* 2011 Apr; 66 (4): 339-343. DOI: 10.1097/SAP.0b013e3182071f83.
101. Peck M.D. Epidemiology of burns throughout the World. Part II: intentional burns in adults. *Burns.* 2012 Aug; 38 (5): 630-637. DOI: 10.1016/j.burns.2011.12.028.
102. Smith S.M., Goodman R.A., Thacker S.B., Burton A.H., Parsons J.E., Hudson P. Alcohol and fatal injuries: temporal patterns. *Am J Prev Med.* 1989 Sep-Oct; 5 (5): 296-302.
103. Chartrand H., Kim H., Sareen J., Mahmoudi M., Bolton J.M. A comparison of methods of self-harm without intent to die: Cutting versus self-poisoning. *J Affect Disord.* 2016 Nov 15; 205: 200-206. DOI: 10.1016/j.jad.2016.07.009.
104. Sherman N. Neck Cutting Behavior: Paraphilia or Suicide Attempt? A Case Report of Self-harm in the Context of Drug Abuse and Depression. *Cureus.* 2018 Sep 18; 10 (9): e3332. DOI: 10.7759/cureus.3332.
105. Любов Е.Б., Куликов А.Н. Отношение работников психиатрических больниц к суицидальному поведению пациентов: первичные результаты. *Тюменский медицинский журнал.* 2013; 15 (1): 14. [Lyubov E.B., Kulikov A.N. The attitude of the employees of psychiatric hospitals for suicidal behavior of patients: initial results. *Tyumen medical journal.* 2013; 15 (1): 14.] (In Russ)
106. Меринов А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин. *Суицидология.* 2012; 2: 21-24. [Merinov A.V. To the issue of the diagnosis of suicidal behavior in alcohol dependent patients. *Suicidology.* 2012; 2: 21-24.] (In Russ)
107. DeCou C.R., Wang J., Rivara F.P., Rowhani-Rahbar A. Intentional Injury and the Risk of Subsequent Hospitalization for Attempted Suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2019 Aug; 49 (4): 1119-1123. DOI: 10.1111/sltb.12494.
108. Imran J.B., Richmond R.E., Madni T.D., Roatan K., Clark A.T., Huang E.Y., Mokdad A.A., Taveras L.R., Abdelfattah K.R., Cripps M.W., Eastman A.L. Determining suicide risk in trauma patients using a universal screening program. *J Trauma Acute Care Surg.* 2018 Jul; 85 (1): 182-186. DOI: 10.1097/TA.0000000000001899.
109. Kiankhooy A., Crookes B., Privette A., Osler T., Sartorelli K. Fait accompli: suicide in a rural trauma setting. *J Trauma.* 2009 Aug; 67 (2): 366-371. DOI: 10.1097/TA.0b013e3181ae81d5.
110. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Ряхина Н.А. Системный учет суицидальных попыток: первый опыт работы суицидологического регистра в Тюменской области. *Академический журнал Западной Сибири.* 2012; 6: 44-45. [Zotov P.B.,

Rodyashin E.V., Ryakhina N.A. A systematic registration of suicide attempts: first experience results of the register in the Tyumen region. *Academic journal of Western Siberia*. 2012; 6: 44-45.] (In Russ)

111. Панюшкина Н.П., Сливко К.Ю., Литвинов А.В. Клинический случай многократных парасуицидальных действий у пациента с эмоционально неустойчивым расстройством

личности в фазе декомпенсации. *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2016; 4: 98-100. [Panyushkina N. P., Slivko K. Yu., Litvinov A.V. a Clinical case of multiple parasuicidal actions in a patient with emotionally unstable personality disorder in the decompensation phase. *Healthcare Of The Far East*. 2016; 4: 98-100.] (In Russ)

SUICIDE AMONG PATIENTS OF THE TRAUMA CENTER

E.G. Skryabin^{1,3}, M.A. Akselrov^{1,3},
P.B. Zotov^{1,4}, E.B. Lyubov²,
S.P. Sakharov¹, O.A. Kicherova¹,
N.N. Spaderova^{1,4}

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

²Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbysky, Moscow, Russia

³Regional clinical hospital, Tyumen, Russia

⁴Regional Clinical Psychiatric Hospital, Tyumen, Russia

Abstract:

A review of literature data with the involvement of the authors' own clinical experience on the main characteristics of suicide attempters who chose traumatic methods of deliberate self-harm is presented. It has been shown that in almost all types of injuries, both in men and women, of various age and social groups, there can be found such suicidal contingent. Traumatic suicides are often associated with mental disorders, alcohol. The work of the medical staff in trauma wards/centers often includes providing care to suicidal individuals. However, not in all cases, non-psychiatric specialists are able to recognize these patients, assess suicidal risk and propose a treatment program, including measures to prevent future suicide. The authors conclude that the wider involvement of mental health professionals in counseling and treatment of trauma patients, as well as the need to improve the level of knowledge in the field of suicidology of doctors and nurses working with various kinds of injuries, is required. Among the organizational measures, the issues of timely identification, registration and keeping record of the suicidological contingent, the organization of psychological, psychiatric, and, if necessary, drug addiction assistance to patients, both at the stage of staying in a trauma hospital and subsequent dynamic observation, need to be addressed.

Keywords: suicide, trauma, traumatic methods of suicide, trauma center

Вклад авторов:

Е.Г. Скрыбин: разработка дизайна исследования, написание и редактирование текста рукописи;
М.А. Аксельров: написание и редактирование текста рукописи;
П.Б. Зотов: обзор публикаций, написание и редактирование текста рукописи;
Е.Б. Любов: написание и редактирование текста рукописи;
С.П. Сахаров: обзор публикаций по теме статьи;
О.А. Кичерова: обзор публикаций по теме статьи;
Н.Н. Спадерова: обзор публикаций по теме статьи.

Authors' contributions:

E.G. Skryabin: developing the research design, reviewing of publications, article writing, article editing;
M.A. Akselrov: article writing, article editing;
P.B. Zotov: reviewing of publications, article writing, article editing;
E.B. Lyubov: article writing, article editing;
S.P. Sakharov: reviewing of publications of the article's theme;
O.A. Kicherova: reviewing of publications of the article's theme;
N.N. Spaderova: reviewing of publications of the article's theme.

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: 04.02.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.06.2020.

Для цитирования: Скрыбин Е.Г., Аксельров М.А., Зотов П.Б., Любов Е.Б., Сахаров С.П., Кичерова О.А., Спадерова Н.Н. Суицидент среди пациентов травматологического центра. *Суицидология*. 2020; 11 (2): 101-117. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-101-117

For citation: Skryabin E.G., Akselrov M.A., Zotov P.B., Lyubov E.B., Sakharov S.P., Kicherova O.A., Spaderova N.N. Suicide among patients of the trauma center. *Suicidology*. 2020; 11 (2): 101-117. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-101-117

ТЕОРИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ. СООБЩЕНИЕ I¹*J. Zhang*

Университет штата Нью-Йорк в Буффало, США

THE STRAIN THEORY OF SUICIDE. Part I*J. Zhang*

State University of New York in Buffalo, USA

Информация об авторе:

Zhang Jie – кандидат социальных наук (Researcher ID: A-3489-2008, ORCID iD: 0000-0002-6538-2770). Место работы и должность: заслуженный профессор, пожизненный профессор, факультет социологии, Университет штата Нью-Йорк в Буффало, США. Адрес: 1300 Элмвуд Авеню, Буффало, Нью-Йорк 14222, США. Телефон: 716-878-6425, факс: 716-878-4009. Электронный адрес: zhangj@buffalostate.edu

Information about the author:

Zhang Jie – PhD (Researcher ID: A-3489-2008; ORCID iD: 0000-0002-6538-2770). PhD in Sociology, Distinguished Professor, Tenured Professor of Sociology at State University of New York in Buffalo. Address: 1300 Elmwood Avenue, Buffalo, New York 14222, USA. Phone: 716-878-6425. FAX: 716-878-4009. Email: zhangj@buffalostate.edu

Суицид представляет собой проблему для здравоохранения по всему миру, но существует не так много теорий, которые объясняют этиологию этого явления и способствуют эффективной превенции. В этой статье предлагается теория, объясняющая социально-психологический механизм развития суицидального поведения. Предполагается, что суициду предшествует напряжение, вызванное конфликтующими, разнонаправленными стрессорами в жизни человека. Теория суицидального напряжения (ТСН) предлагает четыре источника напряжения, которые ведут к самоубийству: (1) ценностное напряжение, проистекающее из конфликта ценностей; (2) напряжение стремлений, проистекающее из зазора между стремлениями и реальностью; (3) напряжение лишений, происходящее из относительных лишений, включая бедность; (4) напряжение совладания, происходящее из недостаточных навыков совладания перед лицом кризиса. Новая модель основана на представлениях об аномии (Durkheim, 1951 [1897]) и теориях напряжения, объясняющих отклоняющееся поведение (Merton, 1957) и преступления (Agnew, 1992), которые также учитывают суицид, хотя его объяснение и не становится главной задачей в этих концепциях. Дальнейшие количественные исследования должны тщательно проверить теорию суицидального напряжения, чтобы уточнить её на практике. Работа изложена в 2 частях. Настоящая публикация представляет Часть I.

Ключевые слова: суицид, напряжение, конфликт ценностей, недостижимые стремления, относительные лишения, дефицит совладания

Учёные, исследующие самоубийства, подробно изучают мотивы и факторы риска, способствующие самоповреждающему поведению, но необходимо найти теорию, которая объясняла бы этиологию суицида или хотя бы большинство суицидальных актов, чтобы мы могли заниматься их предотвращением с пониманием причин. Классическая теория социальной интеграции и регуляции Э. Дюркгейма [1], объясняющая эгоистический, альтруистический, аномический и фаталистический суицид, находится в теоретическом и практическом конфликте с психологическими теориями, преобладающими в современном мире, поскольку последние больше внимания уделяют индивидуальным причинам, а не социальным и экологическим. Самоубийство исследуется в мире уже больше века, и всё это время психиатрическая модель суицида доминировала над теори-

Researchers for suicide have investigated in numerous ways the motives and risk factors of this self-harming behavior, but the point, however, is to find a theory that explains the etiology of suicide or at least majority of the variance in suicide so as to inform its prevention. Durkheim's [1] classical theory of social integration and regulation explaining egoistic, altruistic, anomic, and fatalistic suicide is in theoretical and practical conflict with psychopathological theories prevalent in today's world, which puts more weights on the individual reasons rather than the social and environmental. In the past almost one century of suicide research in the world, the psychiatric model of suicide has been dominant over the

¹Исследование было поддержано грантами Национального института здравоохранения (R03 MH60828 и R01 MH068560), автор является главным исследователем.

ей социальной интеграции как в науке, так и на практике.

Подавляющее большинство суицидологов сегодня – психиатры, и большинство исследований, посвящённых суицидам и их превенции, финансируется медицинскими фондами, такими как американский Национальный институт психического здоровья. Этот институт тратит около 62 миллионов долларов ежегодно на исследования и превенцию суицидов, а также около 2299 миллионов долларов на исследования психических заболеваний [2]. Однако национальные показатели завершённых суицидов в Соединённых Штатах не соответствуют финансированию: они не только не снижаются, но и слегка повышаются с середины прошлого века [3-6]. Кроме того, по всему миру наблюдается значимая положительная корреляция между показателями завершённых суицидов и тратами на психическое здоровье, а показатели суицидов у мужчин и женщин оказываются выше в странах с большей распространённостью психиатрических служб, включая количество психиатрических коек, психиатров и психиатрических медсестёр, а также имеющих большую доступность профессиональной подготовки в области психического здоровья для специалистов первичной медико-санитарной помощи [7].

С другой стороны, показатели завершённых суицидов в Китае упали с 23 на 100000 населения в 1999 г. до 8,61 в 2017 году [8]. Несколько других исследований также отмечают резкое снижение показателей за короткий срок и пытаются объяснить эти перемены, в то время как страна сделала мало усилий для улучшения психического здоровья [9-11].

В соответствии с данными Национального центра медицинской статистики, суицид остаётся десятой лидирующей причиной смерти в США, и с 2014 на 2015 гг. произошёл значимый рост показателя самоубийств – с 13,0 до 13,3 на 100000 населения. Число смертей от самоубийства увеличилось с 42773 в 2014 году до 44193 в 2015 году. В среднем, примерно 121 человек погибал от самоубийства в 2015 году каждый день, и 105 человек – в 2010 году [12].

Замечено, что только очень небольшой процент психически больных людей предпринимают попытки убить себя [13], хотя более 90% суицидов на Западе сопутствуют психиатрические диагнозы, включая депрессию, алкогольную и наркотическую зависимости [14]. Также замечено, что в США белые и мужчины более склонны к самоубийству, чем темнокожие и женщины. Если бы психиатрическая модель была верна, белые и мужчины чаще имели бы психиатрическое заболевание, чем темнокожие и женщины, что, конечно, далеко от истины. С другой стороны, женщины чаще предпринимают попытки самоубийства, чем мужчины, что представляет собой гендерный парадокс суицидального поведения [15]. Чтобы определить факто-

social integration theory both in the academia and practice.

Overwhelming majority of the suicidologists today are of psychiatric background, and major funding for the suicide research and prevention is from medical foundations such as the US National Institute of Mental Health (NIMH). The US NIMH spends about \$62 million each year on suicide research and prevention and about \$2,299 million each year on mental illness studies [2]. As a matter of fact, the national suicide rates of the United States are not responding to the funding, with no decrease but a slight rise of the rates since the middle of the last century [3-6]. Also internationally, there was a significant positive correlation between suicide rates and the health budget spent on mental health, and suicide rates in both genders were higher in countries with greater services in mental health, including the number of psychiatric beds, psychiatrists and psychiatric nurses, and the availability of training in mental health for primary care professionals [7].

On the other hand, suicide rates in China have fallen from as much as 23 per 100,000 people in 1999 to 8.61 per 100,000 in 2017 [8]. A number of other studies have also evidenced the sharp decrease of the rates in such a short period of time and tried to explain the change while China has done little to improve mental health [9-11].

According to the NCHS Data Brief recently released, suicide remains the 10th leading cause of death in the United States and there was a statistically significant increase in the suicide rate from 13.0 in 2014 to 13.3 in 2015. The number of suicide deaths increased from 42,773 in 2014 to 44,193 in 2015. On average, there were approximately 121 suicide deaths each day in 2015 versus approximately 105 suicide deaths each day in 2010 [12].

It is noted that only a very small percentage of mentally ill people take actions to kill themselves [13], although over 90% of suicides in the West have been diagnosed with mental disorders including major depression and alcohol/substance use disorders [14]. Also note that in the United States individuals who are male or white are more likely to kill themselves than those who are female or black. If the psychiatric model were valid, men and whites should be more psychologically ill than women and blacks, which is, of course, far from the truth. On the other hand, females attempt suicide at a higher rates than males, and this has created a gender paradox in sui-

ры риска суицида, мы согласны с J.J. Mann и коллегами [13]: необходимо увидеть, что стоит за присутствием синдрома большой депрессии.

Теория суицидального напряжения (ТСН) – это новый подход к этиологии суицида за рамками психиатрии, а также генетики и / или эпигенетики, хотя внесоциальные характеристики часто обсуждаются как факторы риска. Суицидальные мысли (идеации) могут быть запущены жизненными событиями, которые способны провоцировать конфликты, фрустрацию, психологическую боль, безнадежность и даже отчаяние, и их можно назвать психологическим напряжением. ТСН предлагает четыре источника напряжения, способного привести к суициду: (1) ценностное напряжение, возникающее между, как минимум, двумя разными социальными ценностями; (2) напряжение стремлений, возникающее из большого зазора между стремлением и жизненной реальностью; (3) напряжение лишений – из-за относительной депривации, включая бедность; и (4) напряжение совладания, проистекающее из недостатка навыков совладания перед лицом жизненного кризиса. ТСН утверждает, что человек, испытывающий психологическое напряжение, но неспособный разрешить его, переживает психологическое страдание и гнев. Внешний выплеск этого гнева происходит в насилии по отношению к другим людям, а внутреннее высвобождение этого напряжения может привести к депрессии, тревожности или суицидальным мыслям.

Теоретические основы.

Помимо психиатрических моделей суицида, в науке возникают социальные и психологические теории. Теория социальной интеграции и нравственной регуляции Э. Дюркгейма была опубликована в 1897 году [1], и в ней описывались условия возникновения суицидальных рисков в Европе XIX века. Для Дюркгейма суицид представляется индивидуальным поведением, но вызывается не индивидуальными или личными причинами: эти причины следует искать в социальной структуре, где сходятся интеграция и регуляция. Эмпирические исследования различных культур по всему миру поддержали эту антиредукционистскую теорию самоубийства [16-18]. Однако психологи и психиатры не всегда согласны со структуралистским подходом Дюркгейма. Они утверждают, что существует взаимодействие личностных и психологических черт и состояний, ведущих к суициду, таких как безнадежность [19], душевная боль [20], межличностные отношения [21], и прочее.

Это спор между индивидуалистскими и экологическими концепциями. Социологические труды по самоубийству преимущественно проверяются на агрегированных данных, в то время как психологические теории суицида проверяются в основном на индивидуальном уровне анализа. Однако индивидуальные данные, собранные на экологическом уровне, могут быть исполь-

цидальное поведение [15]. To identify suicide risk factors, we agree with Mann and colleagues [13], it is necessary to look beyond the presence of a major psychiatric syndrome.

The Strain Theory of Suicide (STS) is an emerging approach to look into the etiology of suicide beyond psychiatry as well as genetics and/or epigenetics, although these non-social features are also often discussed as risk factors. Suicidal thought (ideation) can be triggered in life events, which may create conflicts, frustration, psychological pain, hopelessness, and even desperation, and they can be called psychological strains. The STS proposes four sources of strain that may lead to suicide: (1) value strain from at least two different social values, (2) aspiration strain from the large gap between aspiration and reality in life, (3) deprivation strain from the relative deprivation including poverty, and (4) coping strain from deficient coping skills in front of a life crisis. The STS postulates that a person in psychological strains but unable to solve them is psychologically tortured and angered. The outward release of the anger is violence against others, and the inward release of the pressure may result in depression, anxiety, or suicidal ideation.

Theoretical Foundations.

Besides psychiatric models of suicide, social and psychological theories of suicide have been emerging in the academia. Durkheim's [1] social integration and moral regulation theory published in 1897 laid out the conditions for suicide risks in the 19th century Europe. To Durkheim, suicide seems to be an individual behavior but not caused by individual or personal reasons, and the reasons must be found in social structure where the integration and regulation converge. Empirical studies from various cultures in the world have supported this anti-reductionism theory of suicide [16-18]. However, psychologists and psychiatrists do not necessarily agree with the Durkheimian structuralism. They argue for personal and psychological state-trait interaction as the problems leading to suicide, such as hopelessness [19], psychache [20], and interpersonal relations [21], etc.

It is a debate between individual and ecological theories. Sociological work on suicide has tended to be tested at the aggregate level while the psychological theories of suicide have been tested mainly at the individual level of analysis. However, individual data collected at the ecological level can be used to explain variation in suicide rates. For example, Stack [22], and the many following this lead,

зованы для объяснения вариаций в показателях самоубийств. Например, S. Stack [22] и многие его последователи использовали показатели женского труда как индекс ролевого конфликта. Эта макроуровневая переменная предсказывала некоторые самоубийства, происходящие вследствие конфликта ценностей на индивидуальном уровне. Однако делать заключения об индивидах на основе исключительно агрегированных данных – неверный ход. Например, использование показателя неравенства доходов в качестве объективной меры относительных лишений для предсказания индивидуального отклоняющегося поведения дало неоднозначные результаты [23]. Поэтому для корреляции с суицидальностью, относительные лишения или относительная бедность должны измеряться на микроуровне во избежание экологической ошибки.

Большинство предыдущих теорий самоубийства ограничиваются одной сферой возможных факторов риска, таких как психиатрические, социально-психиатрические, психологические [24]. Большинство этих исследований в целом исходят из медицинской точки зрения и эксплораторны по своей сути, то есть им недостаёт теоретического обобщения. J.J. Mann и коллеги [13] сформулировали и проверили стресс-диатез теорию суицида, но это лишь клиническая модель, основанная на данных психиатрических пациентах и предназначенная для них. Психобиологическая модель суицидального поведения К. Heeringen [25], которая фокусируется на процессе взаимодействия состояний и черт, выглядит более общей, но, опять-таки, она нейробиологическая по своей сути. Преодолевая такие ограничения, эта статья пытается концептуализировать базовую социологическую парадигму, которая вбирает в себя существующие сегодня теории, гипотезы и открытия, объясняющие самоубийства в мире.

Социальная интеграция, нравственная регуляция и самоубийство.

Более века назад Э. Дюркгейм в своём основополагающем труде «Самоубийство: Социологический этюд» сформулировал теорию социальной интеграции и регуляции самоубийства [1]. На основе пересекающихся аспектов социальной интеграции и нравственной регуляции в обществе Э. Дюркгейм выделил четыре типа самоубийства. Эгоистический суицид был связан с нехваткой социальной интеграции, альтруистический суицид – с её избытком, аномический суицид – с нехваткой нравственной регуляции, а фаталистический – с чрезмерной регуляцией. Хотя большинство суицидов в мире – эгоистические, как свидетельствует из эмпирических данных, другие три типа также изучаются и подтверждаются в исследованиях [24].

Социальная интеграция – это статус, при котором человек чувствует связь и принятие других людей в обществе. Человек с высоким уровнем интеграции чув-

used female labor force rates as an index of role conflict. This macro level variable predicted some suicide rates from values conflict measures at the individual level. However, drawing conclusions about the individuals based solely on the aggregate data might be misleading. For example, using income inequality as an objective measure of relative deprivation to predict individual deviance has yielded mixed findings [23]. Therefore, in search of the correlation of suicidality, relative deprivation or relative poverty needs to be measured at a micro level, to avoid the ecological fallacy.

Most of the previous theories of suicide have been restricted to one domain of possible risk factors such as psychiatric, social psychiatric, or psychological [24]. Most of those studies are generally from medical perspectives and are exploratory in nature and therefore lack theoretical generalization. Mann and colleagues [13] developed and tested a stress-diathesis theory of suicide, but it is only a clinical model based on and for psychiatric patients. Heeringen's [25] psychobiological model of suicidal behavior that focuses on the process of the state-trait interaction seems more generalizable, but again is neurobiological in nature. Through overcoming such deficiencies, this paper attempts to conceptualize a basic sociological paradigm that incorporates the available theories, hypotheses, and findings explaining suicide in the world today.

Social Integration, Moral Regulation, and Suicide.

Over a century ago, Durkheim in his milestone work *Suicide: A Study in Sociology* elaborated a social integration and regulation theory of suicide [1]. Based on the overlapping dimensions of social integration and moral regulation in a society, suicide was categorized into four types by Durkheim. Egoistic suicide was related to lack of social integration; altruistic suicide was to too much social integration; anomic suicide to lack of moral regulation; and fatalistic suicide was related to too strict regulation. Although majority of the suicides in the world are egoistic and evidenced by empirical data, other three types have also been studied and proved by research [24].

Simply speaking, social integration is a status in which a person feels connected to or accepted by a group or society. A person with a high level of integration feels accepted and loved by others and should have a low chance of suicide. A person with a low level of inte-

ствует себя принятым и любимым другими людьми, а потому вероятность его суицида низка. Человек с низким уровнем интеграции чувствует себя нежеланным, исключённым, отвергнутым окружающими, а потому его риск суицида высок.

Дюркгейм использовал понятие социальной интеграции для объяснения повышенного уровня суицидов среди тех людей, у которых наблюдался недостаток социальных связей. Люди одинокие, разведённые, никогда не состоявшие в браке имели меньше связей в обществе и были менее склонны ощущать себя частью общества. Что касалось религии, протестанты были более склонны погибать из-за самоубийства, чем католики и иудеи, поскольку религиозные практики этих двух религий делали упор на развитие более тесных связей между их членами, чем в протестантизме. Что касается пола, мужчины обладали большей свободой и независимостью, чем женщины, и это могло приводить к тому, что они ощущали меньше значимых связей с другими людьми и считали слабостью поиск совета или утешения. Так у них могли возникать ощущения отрезанности от группы или сообщества. Таким образом, мужчины оказывались подвержены большему риску суицида, чем женщины по всему миру. В целом, люди, которые не формируют тесные связи с окружающими, чувствуют себя обузой и ощущают нарушенное чувство принадлежности к группе [21], более склонны погибать от суицида.

Обнаруженная Э. Дюркгеймом связь между социальной интеграцией и показателями завершённого суицида всё ещё актуальна сегодня. Люди, которые совершают попытки самоубийства, гораздо чаще говорят, что чувствуют себя одиноко и изолированно от окружающих, испытывают отчуждённость от общества, что подтверждает гипотезу Э. Дюркгейма, высказанную более столетия назад.

Теория социальной интеграции при суициде широко проверялась и подтверждалась, начиная с её публикации в 1897 году. Статусная интеграционная теория J.P. Gibbs и W.T. Martin [26, 27] измеряла понятие интеграции на индивидуальном уровне и подтвердила интеграционную теорию Дюркгейма. Ролевой конфликт лежит в основе статусной интеграционной теории. S. Stack [23] произвёл обзор результатов 84 социологических исследований, опубликованных за 15 лет, которые проверяли гипотезу о роли модернизации и / или социальной интеграции в суицидальном поведении. Он обнаружил самое сильное подтверждение теории социальной интеграции в исследованиях семейной интеграции: более чем три четверти работ подтверждали значимую связь. Другое исследование провёл P.R. Duberstein и коллеги [28]. С помощью психологической аутопсии (исследование случай-контроль) они сравнили 86 завершённых суицидов и 86 живых людей в воз-

ражение feels unwanted, excluded, or rejected by others and should have a high chance of suicide.

Durkheim used the concept of social integration to explain the higher suicide rate among those people who were in the lack of social connections. People who were single, divorced, or never married had fewer connections to others in society and were less likely to feel part of the larger community. For the religion, Protestants were more likely to die of suicide than Catholics or Jews, because the religious practices of the latter two religions emphasized the development of closer ties among their members than the former one. As to gender, as men had more freedom and were more independent than women, it could lead some men to feel that they had fewer significant relationships with other people and that it would be an admission of weakness to seek advice or comfort from others. This could lead to feelings of being cut off from a group or community. Therefore, men were at higher risk of suicide than women worldwide. In sum, people who do not develop close ties or connectedness with others, such as thwarted belonging and perceived burdensomeness [21], are more likely to die of suicide.

Durkheim's association of social integration to the suicide rate is still relevant today. People who attempt suicide are much more likely to say they feel lonely and isolated from others and claim disconnections from society, confirming what Durkheim hypothesized over one hundred years ago.

The social integration theory of suicide has been widely tested and supported since its inception in 1897. Gibbs and Martin's [26, 27] status integration theory measured the concept of integration at individual levels and found support for Durkheim's integration theory. Role conflict is at the heart of the status integration theory. Stack [23] reviewed the findings of 84 sociological studies published over a 15-year period that dealt with tests of the modernization and/or social integration perspectives on suicide. He found the strongest support for social integration theory came from research on marital integration, wherein more than three quarters of the research had a significant relationship. Another study was conducted by Duberstein and colleagues [28]. With a case control psychological autopsy design, they compared 86 suicides and 86 living controls 50 years of age and older, and found that the association between family and social/community indicators of poor social integration and suicide is robust and largely

расте от 50 лет и старше, и обнаружили, что связь между семейными и социальными показателями слабой социальной интеграции и суицидом была отчётливой и по большому счёту не зависела от присутствия психических расстройств. Помимо влияния на суицидальность, социальная интеграция имела связь с общим здоровьем. Супружеский статус, жизнь в семье, воцерковленность, связь с сообществом коррелировали с физическим и психическим здоровьем [29].

Недостаток социальной интеграции тесно связан с суицидом, но это ни в коем случае не главная причина суицидальной идеации. Низкая интеграция облегчает суицид, когда человек уже думает о нём.

Разобщённость и способность к суициду.

Межличностная теория суицида [21, 30] предполагает, что суицид с большой вероятностью происходит, если человек переживает нарушение принадлежности к обществу, ощущает себя обузой и обладает приобретённой способностью к суициду, – и утверждает, что эта социальная разобщённость вкуче со средствами к самоубийству и соответствующей средой является причиной суицида. Такой фактор, облегчающий суицид, как разобщённость, операционализированный через нарушенную принадлежность и ощущение себя обузой, в действительности равен недостатку социальной интеграции Э. Дюркгейма.

В межличностной теории суицида предлагается межличностный опросник потребностей, разработанный К.А. Van Orden и коллегами [31] для измерения нарушенной принадлежности и ощущения себя обузой. Поскольку двух этих элементов недостаточно для возникновения суицидального поведения у людей, в инструментарий теории была добавлена шкала приобретённой способности к суициду. Межличностная теория суицида с этими шкалами предлагает операционализацию социальной интеграции Э. Дюркгейма, которую сам Дюркгейм не завершил.

Однако нарушенная принадлежность, ощущение себя обузой и приобретённая способность к суициду не являются главными или ведущими причинами самоубийства. Тут можно провести аналогию с развитием рака. Если у человека диагностируют злокачественную опухоль, но его иммунная система относительно сильна, выздоровление при сопутствующем лечении возможно. Если человек мало отдыхает, не соблюдает диету, не воспринимает диагноз психологически спокойно, заболевание может ухудшиться. Однако все эти сопутствующие факторы не имеют отношения к причинам рака. Схожим образом, социальная разобщённость и приобретённая способность – не главные причины суицидальной ментальности. Человек не приходит к суицидальным размышлениям только потому, что у него нет друзей, а под рукой имеются средства к самоубийству.

independent of the presence of mental disorders. Besides the effect on suicide, social integration also has an impact on health. With being married, living in a family, going to church, and connecting to community, people tend to be healthy both physically and mentally [29].

However, lack of social integration is highly related to suicide, but it is by no means the root cause of suicidal ideation. Low integration facilitates suicide when a person has suicide in mind.

Disconnectedness, Capability, and Suicide.

The Interpersonal Theory of Suicide [21, 30] suggests that suicide is likely to happen to an individual who has experienced thwarted belonging, perceived burdensomeness, and acquired capability, and claims that these social disconnectedness plus the means and environment is the cause of suicide. As facilitators of suicide, disconnectedness, operationalized by thwarted belonging and perceived burdensomeness, is actually Durkheim's lack of social integration.

The Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) was devised by Van Orden, Witte, Gordon, and colleagues [31] to measure the thwarted belonging and perceived burdensomeness proposed in the Interpersonal Theory of Suicide. As these two elements are not sufficient to produce suicidal behavior in individuals, Acquired Capability of Suicide Scale (ACSS) is added as one of the three measures for the Interpersonal Theory of Suicide instrument. The Interpersonal Theory of Suicide with its measurements, especially the INQ, offers operationalization of Durkheim's social integration, that Durkheim did not accomplish.

However, thwarted belonging, perceived burdensomeness, and acquired capacity are not at the root or ultimate causes of suicide. Here is an analogy of cancer development. When a person is diagnosed with malignant tumorous disease, if the immune system is strong enough, recovery with treatment is still possible. If the patient does not rest enough, does not observe his/her diet, or does not mentally take it easy, the illness could become worse. All those activities, yes or no, have nothing to do with the causes of cancer. Likewise, social disconnectedness and capability may not be the root causes of suicidal mentality/thought. A person may not work out a suicidal idea only because of no friends around or suicide means around.

Many people in daily life feel constantly lonely, guiltily burdensome to others, and have easy access to suicide means, but most of

Множество людей в своей обыденной жизни часто чувствуют себя одиноко, виновато ощущают себя бременем для других, имеют лёгкий доступ к средствам самоубийства, но большинство из них никогда не задумывается о суициде и никогда не пытается покончить с собой. У них слабый иммунитет, но они не заражены этой «болезнью». Причина – сама болезнь. Излечение заболевания или вирусной инфекции – это первичный уровень превенции, в то время как укрепление иммунитета – вторичный уровень превенции. Укрепить социальные связи или социальную интеграцию, снизить приобретённую способность или убрать оружие – вторичная задача суицидальной превенции, это менее важно и эффективно, чем найти подлинные причины суицида.

Разобщённость может облегчать суицидальное поведение. Когда человек сильно фрустрирован (неспособен достичь своих целей), испытывает безнадежность и ему кажется, что жизнь не стоит той психологической боли, которую он испытывает, он склонен покончить с собой, если социальная интеграция слаба или отсутствует. Социальная интеграция может быть иммунной системой в этиологии суицида. Нарушенная принадлежность, ощущения себя обузой, социальная разобщённость – все это показатели слабого иммунитета к самоубийству.

Межличностная теория суицида – это операционализация теории суицида и социальной интеграции Э. Дюркгейма, и она не добавляет ничего нового к главной или ведущей причине самоубийства. Нарушенная принадлежность и ощущение себя обузой по Т. Joiner могут быть поняты в терминах социальной разобщённости, это просто два индикатора латентной переменной – низкой социальной интеграции.

Что изначально вызывает суицидальную мысль? Что случилось прежде, чем человек так сильно расстроился, ощутил безнадежность и подумал, что жить не стоит, так как она вызывает душевную боль? Если нам удастся найти это, то оно и будет причиной суицида.

Вернёмся к аналогии с развитием рака. Развитие заболевания вызывают гены рака. Они существуют у несчётного количества людей. Иными словами, у некоторых инфицированных разовьётся злокачественная опухоль, а у некоторых – нет. Разные иммунные механизмы отличают больных и здоровых. Если у инфицированных раковыми клетками окажется слабая иммунная система, они заболеют. Если у человека изначально слабая иммунная система, он может укрепить её спортом, правильным питанием, психологической адаптацией и так далее.

В итоге, ни теория социальной интеграции Дюркгейма, ни межличностная теория Т. Joiner не объясняет причин самоубийства. Эти теории занимаются факторами, которые облегчают суицидальные действия, или,

they never think of suicide and have never tried suicide. For them, the immune system is the worst, but they have not been infected with the disease. The disease is the cause. Stopping the disease or virus infection is of the primary level of prevention, while strengthening the immune system is of the secondary level of prevention. To strengthen the social connectedness or social integration and reduce the acquired capability or lethal means are only secondary to suicide prevention, which is less important and efficient than finding the real causes of suicide.

Disconnectedness can facilitate a suicidal behavior. When an individual is extremely frustrated and hopeless for life with thought that living is not worth the psychological pain, he or she is likely to end life if social integration is low or absent. Social integration can be the immune system in suicide etiology. Thwarted belonging, perceived burdensomeness, are social disconnectedness are all indicators of low immune against suicide.

The Interpersonal Theory of Suicide is an operationalization of Durkheim's social integration theory of suicide and does not add much information to the root or the ultimate cause of suicide. Joiner's thwarted belonging and perceived burdensomeness can be understood as social disconnectedness, and are at most two indicators of the latent variable called low social integration.

What caused the suicidal thought the first place? What happened before the individual became extremely frustrated and hopeless for life with thought that living is not worth the psychological pain? That, if we can find it, should be the cause of suicide.

Now an examination of the analogical example of the development of cancer again. The cancerous virus or genes are definitely the cause of the disease. They existed in more people than can be identified. In other words, some of the infected people will develop into malignant tumorous illness and some never. The different immune mechanisms in the body distinguishes the ill and the healthy. For those infected with the cancerous cells, if you do not have a strong immune system, you will become sick. Those who do not originally have a strong immune system can build and strengthen it through exercise, diet, psychological adjustment, etc.

In sum, neither Durkheim's social integration theory nor Joiner's interpersonal theory explains the cause of suicide. Instead, the theories illustrate the facilitations of suicide or the immune system against suicide. The theories might account for the sufficient conditions of suicide, but we are still in the need of find-

инными словами, иммунитетом к самоубийству. Возможно, они объясняют некоторые условия самоубийства, но нам всё ещё необходимо найти главное условие его возникновения.

Если усиление социальной интеграции укрепляет иммунитет (снижает достаточные условия) к суициду, каково необходимое условие (причина) суицида? Что это за суицидальный вирус или болезнь? Или, как в человеке изначально возникает решение покончить с собой?

Для социального психолога ответы могут быть найдены лишь в социальной структуре, среде, в жизни этих людей. Теория суицидального напряжения утверждает, что психологическое напряжение обычно предшествует суицидальным мыслям и намерениям.

Безнадёжность, душевная боль и суицид.

E.D. Klonsky и A.M. May [32] предположили, что звено «от мыслей к действию» должно направлять исследования самоубийства, развитие теорий и меры профилактики. Они утверждают, что развитие суицидальных мыслей и переход от мыслей к попыткам – это два разных процесса. В трёхшаговой теории суицида предполагается, что суицидальные мысли – это функция сочетания боли (физической или психологической) и безнадёжности. Затем, социальная разобщённость – это главный фактор риска для усиления суицидальной идеации. В-третьих, теория рассматривает переход от суицидальных мыслей к попыткам через приобретённую способность покончить с собой, личностные и средовые факторы [33].

Трёхшаговая теория суицида – это дальнейшее развитие теорий социальной интеграции Э. Дюркгейма [1] и межличностного взаимодействия Т. Джойнера [21]. Социальные связи во втором шаге теории – это защитный фактор, сродни социальной интеграции, предложенной в теории Э. Дюркгейма, а приобретённая способность, личностные характеристики и среда – все это факторы перехода от мыслей к суицидальной попытке. Вклад E.D. Klonsky заключается в том, что в своей теории он отделил нарушенную принадлежность / ощущение себя обузой от приобретённой способности и приписал их разным шагам.

Первый шаг в трёхшаговой теории суицида объединён с безнадёжностью – мотивом суицидальных мыслей. Разные источники боли могут привести человека к снижению желания жить. Боль может быть физической или психологической, или сочетать в себе оба источника страдания [34, 35]. Теория далее утверждает, что одной лишь боли недостаточно для возникновения суицидальных мыслей. Если кто-то живёт в боли, но имеет надежду, что ситуация может улучшиться, человек с большой вероятностью сфокусируется на достижении будущего, в котором будет меньше боли, чем на возможности покончить с собой [33]. По этой причине безнадёжность также требуется для развития суици-

ing its necessary condition.

If increasing the social integration is to strengthen the immune system (to decrease the sufficient conditions) against suicide, what is the necessary condition (cause) of suicide? Where did the suicidal virus or disease come from? In other words, what makes a person determined to die at the beginning?

To a social psychologist, the answers can only be found in the social structure, the environment, and the life of those individuals. The Strain Theory of Suicide (STS) postulates that psychological strains usually precede a suicidal thought or determination.

Hopeless Pain, Psychache, and Suicide.

Klonsky and May [32] suggested that an “ideation-to-action” link should guide the suicide research in its theoretical development and prevention measures. They argued that the development of suicidal ideation and the progression from ideation to suicide attempts are two distinct processes. The Three Step Theory of Suicide proposed that suicidal ideation is a function of the combination of pain (physical or psychological) and hopelessness. Then, social disconnectedness is a major risk factor to escalate suicidal ideation. Third, the theory views the progression from suicidal ideation to suicide attempts as facilitated by acquired capability that includes dispositional and practical contributors to the capacity to attempt suicide [33].

The Three Step Theory of Suicide is a further development on the basis of previous suicide theories of social integration by Durkheim [1] and interpersonal interaction by Joiner [21]. Social Connectedness in the theory's second step is a protective factor against suicide as social integration proposed in Durkheim's theorem, and the acquired capability, dispositional characteristics, and environment, etc. are all facilitating the progress from ideation suicide attempt. Klonsky's contribution in their new theory is separating Joiner's thwarted belonging/perceived burdensomeness and acquired capability into two different steps.

The first step of the Three Step Theory of Suicide is pain coupled with hopelessness, as the motivation of suicidal ideation. Different sources of pain can lead an individual to a decreased desire to live. Pain can be a physical or a psychological or both suffering [34, 35]. The theory continues to argue that pain alone is not sufficient to produce suicidal ideation. If someone living in pain has hope that the situation can improve, the individual likely will focus on obtaining a future with diminished pain rather than on the possibility of ending his or her life [33]. For this reason,

дальной идеации. Иными словами, сочетание боли и безнадёжности, некой неизбежной боли, вызывает развитие суицидальных мыслей [36].

Однако теория суицидальной мотивации через боль для нас не нова. Е. Shneidman [37] разработал болевую теорию суицида на основе индивидуальных факторов, в которой психалгия – душевная или эмоциональная боль, которая достигает невыносимой интенсивности – является первичным фактором, вызывающим суицидальную мотивацию. Итак, психалгия невыносима, потому что нет выхода, это ситуация, бежать из которой невозможно [38]. Невыносимая физическая боль и необоримая психологическая боль, должно быть, серьёзная причина суицидальной мотивации, но ни Е. Shneidman, ни другие теоретики не выдвинули внятного объяснения источников невыносимости и необоримости этой боли.

В итоге, трёхшаговая теория суицида разделила межличностную теорию суицида на две части. Социальная разобщённость, которая меряется нарушенной принадлежностью и ощущением себя обузой – главный фактор риска, усиливающий суицидальные мысли, а приобретённая способность вносит вклад в суицидальные действия. В суицидальных мыслях трёхшаговая теория суицида винит (или объясняет этим) боль и безнадёжность, иными словами, необоримую и невыносимую боль. Но что вызвало боль и безнадёжность в человеке? Нужно ли нам исследовать механизм, посредством которого невыносимая и необоримая боль возникает у суицидальных людей? Теория суицидального напряжения может ответить на этот вопрос.

Психические расстройства и суицид.

Более чем 90% суицидов на Западе сопутствует как минимум одно психическое расстройство, включая алкоголизм и наркоманию [14], в Азии, включая Китай, этот показатель колеблется в пределах 50-70% [39, 40]. Суицид и психические расстройства высоко коррелируют по всему миру. Даже в Китае, где только 50% суицидентов имели психическое расстройство, это самый сильный предиктор суицидального поведения [40].

Это не значит, что психическое расстройство – причина суицида. Две высоко коррелирующие переменные могут не иметь причинной связи, поскольку третья переменная одновременно вызывает оба эти условия. Психические расстройства и суицид часто сопутствуют друг другу, по крайней мере, по двум причинам. Во-первых, инструменты для выявления психических расстройств, особенно депрессии, такие как Шкала Гамильтона [41], шкалы депрессии [42, 43], включают проявления суицидальных мыслей и поступков. Соответственно, когда исследователи проверяют корреляцию психических расстройств и суицидального поведения, они сравнивают, в какой-то степени, один и тот же конструкт вследствие коллинеарности (парал-

hopelessness is also required for the development of suicidal ideation. In other words, the combination of pain and hopelessness, or some in-escaped pain, is what causes suicidal ideation to develop [36].

However, the pain theory of suicide motivation is not new to us. Shneidman [37] articulated a pain theory of suicide focused on individual factors, with psychache -- psychological and emotional pain that reaches intolerable intensity – as the primary factor causing suicide motivation. Further, psychache is intolerable because there is no way out, or it is an in-escapable situation [38]. Intolerable physical pain and inescapable psychological pain must be a major cause of suicide motivation, but neither Shneidman nor any other previous theorists have posited a parsimonious framework to account for the sources of the intolerable, unbearable, or in-escapable nature of the pain.

In sum, the Three Step Theory of Suicide has separated the Interpersonal Theory of Suicide into two parts. Social disconnectedness as measured by thwarted belonging and perceived burdensomeness is a major risk factor to escalate suicidal ideation, and acquired capability contributes to the actual action to suicide. For suicidal ideation, the Three Step Theory of Suicide blames (explains it with) pain and hopelessness, in other words, inescapable and intolerable pain. But, what caused the pain and hopelessness in an individual? Do we need to explore the mechanism in which how the inescapable and intolerable pain are developed in the suicidal people? The Strain Theory of Suicide (STS) may answer the question.

Mental Disorder and Suicide.

Over 90% of the suicides in the Western world can be diagnosed with at least one type of mental disorders including alcoholism and substance abuse [14], and that percentage for Asians including China is about 50-70% [39, 40]. Suicide and mental disorder are highly correlated in the world. Even in China, where only about 50% of the suicides had a mental disease, mental disorder is still the strongest predictor of a suicidal behavior [40].

This does not mean that mental disorder causes suicide. Two highly correlated variables may not have a causal relation, as a third variable may be the cause of both of them at the same time. Mental disorders and suicide symptoms are often found to go together because of at least two reasons. First, the measure of suicidal ideation and behavior is always included in the measure of mental disorders, especially major depression, such as the HAMD [41], CES-D [42], as well as the SCID

льности) шкал, и получают высокий коэффициент корреляции. Во-вторых, для большинства людей суицид сам по себе кажется проявлением психического расстройства. Большинство людей не совершают самоубийства, только некоторые хотят себя убить. Поэтому естественно, особенно для непрофессионалов, связывать суицид с психическим расстройством.

И психическое расстройство, и суицид относятся к сфере психиатрии, как поясняется в Диагностическом и статистическом руководстве пятого пересмотра (DSM-5) [44] – в новейшем руководстве для психиатров в США. Психическое расстройство и суицидальное поведение коморбидны, они высоко коррелируют, но не вызывают друг друга. Мы должны определить третью переменную, которая вызывает и одно, и другое.

Психологическое напряжение как источник невыносимой боли.

Недостаток социальной интеграции или нехватка социальных связей, а также приобретённая способность к суициду могут способствовать переходу от суицидальных мыслей к суицидальной попытке, но ни теория социальной интеграции Э. Дюркгейма [1], ни межличностная теория суицида Т. Joiner [21] не обращаются к подлинной причине самоубийства, к причине суицидальной мотивации. Можно утверждать, что те люди убили себя, потому что жили без друзей и семьи и некому было о них позаботиться, зато у них был лёгкий доступ к оружию или пестицидам, но это не главная причина суицида. Схожим образом, нельзя сказать, что массовые убийства в обществе вызваны автоматом Калашникова или даже террористами. Они просто орудия в войне ненависти. Недостаток социальной интеграции, слабые социальные связи, высокая способность к суициду – это инструментальные характеристики, а не этиологические факторы, они облегчают суицидальную идеацию, но существует ещё достаточное условие, звено причины. Тогда возникает вопрос: что есть необходимое условие, базовая причина суицида?

Боль вкупе с безнадёжностью представляется мотивом для суицидальных мыслей, этиологической причиной суицида, но трёхшаговая теория суицида E.D. Klonsky и A.M. May [33] не описали общие источники психологической боли или механизм, под действием которого боль становится невыносимой, неборимой, а ситуация – безнадёжной. Теоретические разработки в этой сфере помогут нам лучше понять этиологические причины суицида и подготовить общество к первому уровню суицидальной превенции.

Теория суицидального напряжения.

Теория суицидального напряжения утверждает, что суициду обычно предшествует психологическое напряжение [45]. Напряжение – это не просто чрезмерное давление или стресс. Люди могут часто переживать их в повседневной жизни, но не собственно напряжение. Давление или стресс в повседневной жизни – это

[43] measure. Therefore, when researchers run correlations between mental disorder and suicidal behavior, they are comparing to some extent the same concept due to the intercollinearity of the measures, and thus they can be highly correlated. Second, to most people, suicide itself is a presentation of mental disorder. Majority of individuals do not suicide, and only a very few individuals want to kill themselves. Therefore, it is natural, especially for the lay people, to connect mental illness to suicide.

Mental disorder and suicide are both psychiatric disease, as clarified in the DSM-V [44], the most recent manual for psychiatrists primarily in the United States. Mental disorder and suicidal behavior are comorbid, they are highly correlated two variables but may not cause each other. We are supposed to identify the third variable that causes both mental disorder and suicide.

Psychological Strain as Source of the Unbearable Pain.

Lack of social integration or lack of social connectedness plus acquired capability may escalate the progression from suicidal ideation to suicide attempt, but neither the Social Integration Theory of Durkheim [1] nor the Interpersonal Theory of Suicide by Joiner [21] addressed the real cause of suicide, the cause of suicide motivation. You may argue that those individuals killed themselves because they were living in a condition without friends or family caring about them and with easy access to suicidal means such as firearms or lethal pesticides, but they are not root causes of the suicide. Likewise, we cannot say that a mass massacre in a community was caused by the AK47s or even the terrorists. They were simply instrumental for a hatred war. Rather than etiological, lack of social integration, low connectedness, and high capability are at most instrumental, as the facilitator of a suicidal ideation, implying the sufficient condition in a causal link. Now the question is this: What is the necessary condition in the causal link of suicide?

Pain coupled with hopelessness seems to be the motivation of suicidal ideation, as the etiological cause of suicide, but the Three Step Theory of Suicide by Klonsky and May [33] did not elaborate the comprehensive sources of psychological pain or the mechanism in which the pain becomes intolerable, unbearable, and inescapable and the situation is hopeless. The theoretical advances in this line of framework will help with a better understanding of the etiological cause of suicide so as to prepare for the awareness and education society-wide at the primary (upstream) level of

феномен с одной переменной, а напряжение подразумевает минимум две переменные. Схожее понятие – когнитивный диссонанс [46], но напряжение имеет более серьёзные и разрушительные последствия: напряжение тянет или толкает человека в разных направлениях, в результате чего человек фрустрируется, огорчается, злится, даже испытывает боль. Пример включает как минимум две разные культурные ценности, расхождение между стремлениями и реальностью, собственным статусом и статусом других людей, кризисом и способностью к совладанию. Как и когнитивный диссонанс, напряжение – это психологическая фрустрация или даже страдание, которое необходимо разрешить, чтобы снизить его или убрать совсем. Очень серьёзное и сильное напряжение может вызвать у человека психическое расстройство. Экстремальным разрешением напряжения может быть суицид.

Суицид как нежелательный личный выбор.

Суицид – это личный способ решения проблем, хотя существуют другие, более социально желательные способы. Это индивидуальное предпочтение, или рациональный выбор, как говорит Э. Дюркгейм: «термин самоубийство применяется для всех случаев смерти, проистекающих прямо или косвенно из действия или бездействия жертвы, которое, как она знает, приведёт к этому исходу» [1]. Покончить с собой – это добровольно и намеренно убить себя. Психологическое напряжение, столь болезненное и необоримое, обычно вынуждает человека сделать выбор, при этом люди склонны увеличивать вознаграждение (удовольствие) и минимизировать затраты (боль) [47, 48].

В действительности, вознаграждения и затраты субъективны. Когда затраты на жизнь перевешивают вознаграждения, человек может задуматься о самоубийстве, а другой человек его может не понять. Все люди, ощущающие убытки и наказания в повседневной жизни, не думают о суициде, но люди, которые намеренно и добровольно убивают себя, возможно, совершают этот рациональный подсчет и выбирают избежать дальнейших убытков и наказаний, покончив с собой.

Есть и другой подсчёт. В очень редких случаях люди убивают себя, чтобы другим людям в сообществе стало лучше. Э. Дюркгейм называет это альтруистическим самоубийством [1]. Когда эти люди убеждены, что близким или сообществу в целом будет лучше без них, они недооценивают свою жизнь и заключают, что их смерть окажется более ценной. Это ошибочное представление, объединённое со склонностью к самопожертвованию, может привести к суициду. Это разрушительное проявление обычно адаптивной тенденции [24].

Следует отметить, что самоубийство психически тяжелобольных людей, например, больных шизофренией, испытывающих галлюцинации, может не быть

suicide prevention.

The Strain Theory of Suicide.

The Strain Theory of Suicide (STS) posited that a suicide is usually preceded by some psychological strains [45]. A strain is not simply a pressure or stress. People may frequently have the latter but not necessarily the former in daily life. A pressure or stress in daily life is a single variable phenomenon, but strain is made up by at least two pressures or two variables. Similar to the formation of cognitive dissonance [46] but more serious and detrimental than cognitive dissonance, a strain pulls or pushes an individual to different directions, so as to make the individual frustrated, upset, angry, or even painful. Examples include, at least, two differential cultural values, discrepancy between one's aspiration and reality, one's own status and that of others, and a crisis and coping ability. As cognitive dissonance, strain is a psychological frustration or even suffering that one has to find a solution to reduce or do away with. A very serious and strong strain may turn a person into mental disorder. The extreme solution for an unsolved strain maybe suicide.

Suicide as an Undesirable Personal Choice.

Suicide is a personal way to solve problems, although there are other socially desirable ways. It is an individual preference, or a rational choice, as put by Durkheim: “the term suicide is applied to all cases of death resulting directly or indirectly from a positive or negative act of the victim himself, which he knows will produce this result” [1]. Suicide is to kill oneself voluntarily and intentionally. Psychological strains, so painful and inescapable, usually force the individual to make a choice, as humans tend to maximize rewards (such as pleasure) and minimize costs (such as pain) [47, 48].

Actually, rewards and costs are both individually subjective. when the cost of living outweighs the reward of living, the person may consider suicide, which may not be comprehended by another individual. However, all those with negative profits and punishments in daily life do not think of suicide, but the people who intentionally and willingly kill themselves may have had such a rational calculation and chosen to avoid further costs and punishments by finishing this life.

There is another calculation. In some very rare occasions, people kill themselves to benefit others or the community, which is called altruistic suicide by Durkheim [1]. When those people believe that others or the community as a whole will be better off without them, they miscalculate the worth of their

рациональным выбором, а потому не относится к нашему обсуждению. Как и в суде, убийца может быть признан невменяемым: убийство не было его рациональным выбором и у него не было преступного умысла.

Если суицид – это рациональный выбор, ситуация, которая ему предшествовала, должна оказаться такой, что суицидальный человек чувствует, что умереть лучше, чем продолжать жить. Ситуация обычно состоит из двух или более противоборствующих социальных факторов, которые продолжают мешать или угрожать человеку психологически или физически, и человек пытается найти решение, чтобы восстановить свое психологическое или физическое равновесие. Слово «напряжение» используется тут для отражения психологического опыта человека, столкнувшегося с противоборствующими социальными фактами. Напряжение отличается от «давления» или «стресса» – эти слова означают обычно простую, однонаправленную силу. Некоторые исследователи используют термин «напряжение» в таком же простом смысле. Например, T.L. Terling-Watt и S.F. Sharp [49, 50] изучали гендерные и расовые различия в переживании напряжения, приводящего к суицидальному поведению у подростков, а S. Stack и I. Wasserman [51] использовали слово «напряжение» для обозначения экономического стресса, такого как безработица и экономические потери. Для нас напряжение – это психологическое страдание, которое переживается, когда человек не может отказаться от двух противоположных элементов. Например, человек может испытывать сильное напряжение, если у него высокие жизненные устремления, но он не обладает средствами к достижению цели. Как психологическое страдание, которое вынуждает человека совершить рациональный выбор, напряжение предшествует суицидальным мыслям, даже импульсивному суициду. Иными словами, суицид можно рассматривать как последствие напряжения в определённых обстоятельствах.

Напряжение, которое ведёт к преступлениям или самоубийству.

Теория суицидального напряжения базируется на работах нескольких учёных, разрабатывавших свои концепции в области социальной и поведенческой психологии. Теория напряжения и отклоняющегося поведения присутствовала в обсуждениях социологии преступлений более века, начиная с Эмиля Дюркгейма, Роберта Мертон и до Роберта Эгню. Напряжение понималось двояко: как социальное давление и как личный опыт. Структурное напряжение обычно относится к процессам, при которых неадекватное управление на общественном уровне сказывается на том, как человек воспринимает свои потребности, а индивидуальное напряжение обозначает трудности и помехи, которые он испытывает, пытаясь удовлетворить свои потребности

lives and conclude that their deaths will be more valuable. This misperception, coupled with a tendency toward self-sacrifice, may then result in a suicide. This represents a devastating variant of what otherwise is an adaptive tendency [24].

Here it should be noted that self-killing by severely mentally disordered people such as schizophrenic patients with hallucinations may not be a rational choice and does not belong in the above discussion. As in a criminal court, a murderer could be acquitted once found to be mentally insane, because homicide may not be his/her rational choice, without mens rea.

If suicide is a kind of rational choice, the situation to make the choice possible must be one in which the suicidal person feels it more rewarding to die than to continue to live. The situation is usually made up of two or more conflicting social facts, which keep bothering or threaten the individual psychologically or physically, and the individual tries to find a solution in order to resume his/her psychological or physical equilibrium. The word “strain” is used to indicate the psychological experience of a person facing and deciding on conflicting social facts. A strain is different from “pressure” or “stress,” which usually indicates a simple and uni-directional force. Some researchers use the term of “strain” in that simple and uni-directional sense. For example, Terling-Watt and Sharp [49, 50] studied gender and race differences in strains associated with suicidal behavior among adolescents, and Stack and Wasserman [51] used the word strain to indicate economic stress such as unemployment and economic loss. For us, strain is a psychological suffering and can be experienced when a person does not give up one of the two conflicting elements. For example, a person may experience great strain when he or she has a high aspiration in life but does not have the means to achieve the goal. As a psychological suffering that forces an individual to make a rational choice, strain precedes a suicidal thought, even the suicide of impulsivity. In other words, suicide can be considered to be a consequence of strain in certain circumstances.

Strains Leading to Crimes or Suicide.

Several prominent social and behavioral theorists have contributed to conceptualizing this Strain Theory of Suicide. Strain theory of deviance has been present in sociological considerations of crimes for over a century, from Emile Durkheim to Robert Merton and to Robert Agnew. Strain is understood in two ways: as social processes and as personal ex-

сти (то есть мотивационный механизм, который провоцирует преступление) [1, 52]. В основе теории напряжения заложена теория аномии Э. Дюркгейма. Последующие теоретики-криминологи использовали аномию для объяснения отклоняющегося поведения. Аномия, социологическое понятие, означает отсутствие социальных норм, или ситуацию без ориентиров, которая возникает, когда общество не может контролировать поведение своих членов посредством законов, обычаев и прочих норм. Аномичное общество имеет мало или вовсе не имеет никаких нравственных правил. Если люди меньше регулируются в социуме, некоторые начинают ожидать от жизни слишком многого и оказываются подвержены бóльшей фрустрации, когда их ожидания не воплощаются в жизнь. Таким образом, аномия может приводить к фрустрации или своеобразному напряжению [53].

Основываясь на этом допущении, Р. Мертон сформулировал свою теорию аномии и отклоняющегося поведения. Но, как ни странно, выводы из теории аномии Э. Дюркгейма противоположны допущениям Р. Мертона. Дюркгейм предположил, что отсутствие нормативного контроля вызывает отклоняющееся поведение. Это схоже с взглядами З. Фрейда [54], в соответствии с которыми отклоняющееся поведение возникает, если обществу не удаётся препятствовать ему, сдерживая импульсы людей. Но Р. Мертон полагает прямо противоположное: отклоняющееся поведение возникает, если общество поощряет его, подталкивая к нему и давая на людей. В соответствии со взглядами Р. Мертона, общество подталкивает людей к отклоняющемуся поведению, регулируя напряжение в их жизни. По Мертону, напряжение возникает, когда человек ожидает быть успешным, как и все остальные, но законные средства к этому недоступны [52]. Иными словами, напряжение – это результат расхождения между чрезмерным упором общества на цели, успехе, и недостаточным акцентом на использовании средств к достижению этой цели или доступе к ним. Поощряя высокие стремления и отрицая возможности для достижения успеха, общество, по сути, подталкивает людей к отклоняющемуся поведению. Вообще, в изначальной формулировке Р. Мертона, напряжение – это социальная структура, а не индивидуальный опыт человека. Напряжение должно быть воспринято и пережито человеком, и тогда его можно рассматривать как того, кто решает проблему рационально.

Однако теория напряжения и отклоняющегося поведения Р. Мертона не занимается суицидом как отдельной задачей, требующей объяснения. Среди пяти типов адаптации к напряжению, вызванному расхождением между культурными целями и институциональными средствами, один тип, предложенный Мертоном – ретритизм, то есть уход от общества в «ракушку» собственного «я». Ретритиста не заботит успех, он также

periences. Structural strain refers generally to the processes by which inadequate regulation at the societal level filters down to how the individual perceives his or her needs, and individual strain refers to the frictions and pains experienced by the individual as they look for ways to meet their needs (i.e. the motivational mechanism that causes crime) [1, 52]. The basis for strain theory is Durkheim's theory of anomie. Later thinkers in criminology used anomie theory to explain deviance. Anomie, a sociological concept, means an absence of social norms, or a situation of normlessness, which implies the failure of a society to control its members' behavior through laws, customs, and other norms. An anomic society has few or no moral regulations. Being less socially regulated, some people are more encouraged to expect too much from life, and become liable to greater frustration when their expectations are not fulfilled. Thus, anomie can result in frustration or a type of strain [53].

Based on the above notion, Robert Merton developed his anomie theory of deviance. Ironically, the implication of Durkheim's concept of anomie is contrary to the very premise of Merton's theory. Durkheim assumed that the lack of normative control causes deviance. This is similar to Freud's [54] assumption that deviance will break out if society fails to discourage it by restraining individuals' impulses. But Merton assumes just the opposite: deviance will occur if society encourages it by pressuring individuals to commit it. According to Merton, society pressures individuals to commit deviant behaviors through regulating strain in the life of the individuals. For Merton, strain occurs when one is expected to be as successful as all others but legitimate means are not as available [52]. In other words, strain is a result of the disjunction between society's overemphasis on the success goal and its under-emphasis on the use of or access to legitimate means for achieving that goal. With this encouragement of high aspirations and denial of success opportunities, a society in effect pressures people to commit deviance. As a matter of fact, in Merton's original formulation, strain is in the social structure, not within the individual. The strain must be perceived and experienced by the individual, and then the individual is seen as a rational problem solver.

However, Merton's strain theory of deviance fails to directly address suicide as a target for explanation. Among the five types of adaptation to strain brought about by the discrepancy between cultural goals and institutionalized means, one, suggested by Merton,

не стремится работать. Примеры таких людей: психотики, отщепенцы, изгои, бродяги, бездомные, алкоголики, наркоманы. Суициденты, люди с другой формой самоповреждения и саморазрушения, также могут быть добавлены к списку R. Merton [52].

Теория напряжения, разработанная на основе трудов Э. Дюркгейма и R. Merton об аномии, стала влиятельной концепцией происхождения отклоняющегося поведения и преступлений. Э. Дюркгейм сосредоточился на нехватке социальных ограничений и напряжении, которое возникает на индивидуальном уровне, а R. Merton изучал культурный дисбаланс, который существует между целями и средствами людей в обществе.

Для R. Agnew, напряжение не является ни структурным, ни индивидуальным по своей сути – оно эмоционально. Восприятие неблагоприятной среды приводит к сильным негативным эмоциям, которые мотивируют человека вовлекаться в преступление [53]. Стресс возникает, когда люди чувствуют, что их усилия не вознаграждаются по сравнению с другими людьми в схожих обстоятельствах. С негативными эмоциями, связанными с негативными отношениями, легче справиться, вовлекаясь в отклоняющееся поведение, чем в добропорядочное [55]. Недовольство неблагоприятными отношениями непосредственно вызывает гнев, а опосредованно – серьезные преступления и агрессию. Гнев, в свою очередь, сильно влияет на все показатели преступлений и девиаций. Фрустрация вызвана вмешательством в ценные цели, а неспособностью бежать от постоянных напоминаний о значимости этих контекстов или же совладать с ними. R. Agnew [53] рассматривает гнев как самую важную эмоцию, поскольку она почти всегда направлена вовне. Однако суицид, как проявление направленных вовнутрь фрустрации или гнева, не включён в теорию R. Agnew.

R. Agnew также считал теорию напряжения и отклоняющегося поведения R. Merton неполноценной, поскольку она фокусировалась только на неспособности достичь успеха как напряжении, которое напрямую вызывает девиации. R. Agnew выделил три основных типа напряжения [53]. Первый тип – блокада личных целей (реальные или ожидаемые неудачи достичь положительно ценных целей). Два других типа напряжения – это исчезновение положительно ценных стимулов и предъявление отрицательных (вредных) стимулов. Примеры первого типа: потеря любимого, смерть или серьёзная болезнь друга, переход в новую школу, развод родителей, исключение из школы. Примеры второго типа: негативный опыт детского злоупотребления или пренебрежения, криминальная виктимизация, физическое наказание, проблемы с родителями и сверстниками. Это напряжение, по мнению R. Agnew, вызывают депрессию, гнев, разочарование, тревогу, фрустрацию, которые, в свою очередь, ведут к отклоняющемуся поведению: воровству, агрессии, наркома-

is retreatism, which is a withdrawal from society into the shell of one's self. The retreatist does not care about success, nor does he or she care to work. Examples of such people are psychotics, outcasts, vagrants, vagabonds, tramps, alcoholics, and drug addicts. Suicides, people with another form of self-harming and self-destruction, could have been added to Merton's list [52].

Strain theory, developed from the work of Durkheim and Merton and taken from the theory of anomie, has been a major theory in the etiology of deviance and crimes. Durkheim focused on the decrease of societal restraint and the strain that resulted at the individual level, and Merton studied the cultural imbalance that exists between goals and the norms of the individuals of society.

For Agnew, strain is neither structural nor individual, but emotional. Perception of an adverse environment will lead to strongly negative emotions that motivate one to engage in crime [53]. Distress occurs when individuals feel unrewarded for their efforts compared to the efforts and rewards of similar others for similar outcomes. The negative emotions associated with negative relationships may be more successfully handled by engaging in delinquent behavior than in non-delinquent behavior [55]. Unhappiness in negative relationships had a direct effect on anger, and had indirect effects on serious crime and aggression. Anger, in turn, had a significant impact on all measures of crime and deviance. Frustration was not due to interference with valued goals, but to an inability to escape from or cope with persistent reminders about the importance of these contexts. Agnew [53] treats anger as the most critical emotion since it is almost always outwardly directed. However, as an inner directed frustration or anger, suicide is not included in Agnew's theorem.

Agnew has also found Merton's strain theory of deviance inadequate for focusing only on failure to achieve success goals as the strain that directly causes deviance. There are three major types of strain postulated by Agnew [53]. The first is blockage of personal goals (actual or anticipated failure to achieve positively valued goals). Two other kinds of strain as theorized by Agnew are removal of positive (valued) stimuli and presentation of negative (noxious) stimuli. Examples of the former include the loss of a boyfriend / girlfriend, the death or serious illness of a friend, moving to a new school district, the divorce/separation of one's parents, and suspension from school. The latter can be exemplified by unpleasant experiences as child abuse and neglect, criminal victimization, physical

нии [53, 56]. Также отмечено, что эти три главных источника напряжения не исключают друг друга. К примеру, безработица может восприниматься как блокировка цели (дохода) и как потеря (исчезновение положительно ценимого) стимула. Также, по мнению R. Agnew [53], блокировка цели имеет три измерения. Это: (1) разрыв между стремлениями и ожиданиями; (2) разрыв между реальным исходом и ожидаемым экономическим исходом; (3) разрыв между реальным исходом и субъективно ожидаемым справедливым исходом. Исходя из анализа R. Agnew, источники напряжения – преимущественно экономические по своей природе, а эмоции, такие как гнев, подавленность, возмущение, неудовольствие – в основном основаны на экономических ожиданиях.

Пересмотр теории напряжения, произведённый R. Agnew, учитывает критику изначальной теории напряжения. Он также расширил охват теории напряжения и включил дополнительные переменные, которые учитывают критику оригинальной теории. Он попытался исследовать теорию напряжения с той точки зрения, которая объясняет не только экономические цели и учитывает положение человека в социальном классе, его ожидания на будущее, связи с криминалитетом [57]. Общая теория напряжения R. Agnew основывается на базовом представлении, что «когда с людьми плохо обращаются, они могут расстроиться и совершить преступление» [58]. Общая теория напряжения описывает способы измерения напряжения, разные типы напряжения, связь между напряжением и преступлением, а также практические рекомендации, учитывающие эту теорию.

Предыдущие теории напряжения, объясняющие отклоняющееся и криминальное поведение, хотя и не учитывали суицидальность, вдохновили на создание текущей теории суицидального напряжения (ТСН). Однако ТСН – это не развитие, пересмотр или улучшение теории R. Agnew, поскольку суицидальная девиация отличается от криминальной девиации по своей сути. В то время как суицид – это насилие по отношению к себе, без других физических жертв, преступление обычно включает внешнее насилие с физическими жертвами.

Напряжение может привести к негативным эмоциям и / или психическим расстройствам, включая алкоголизм и наркоманию, может предшествовать другому отклоняющемуся поведению: имущественным преступлениям и нападениям на людей [52]. Являясь связующим звеном между напряжением и суицидом, отрицательные эмоции и психические расстройства могут опосредовать и укреплять связь между этими двумя переменными. С другой стороны, отношение между напряжением и суицидом может модерироваться соци-

punishment, and problems with parents or peers. These strains are argued by Agnew to cause depression, anger, disappointment, anxiety, and frustration, which in turn lead to deviant actions such as theft, aggression, and drug use [53, 56]. It is also noted that the three major sources of strain are not mutually exclusive. For example, unemployment can be perceived as involving a blocked goal (income) as well as a loss (removal of positively valued) stimuli). Also, according to Agnew [53], goal blockage has three sub-dimensions. They are (1) the gap between aspirations and expectations, (2) the gap between actual outcomes and expected economic outcomes, and (3) the gap between outcomes and subjectively perceived fair outcomes. In the analyses of Agnew, the sources of strain are mostly economic in nature, and emotions such as anger, depression, resentment, and dissatisfaction are generally economically based.

Robert Agnew's revisions of strain theory address many of the criticisms of the original strain theory. He has also broadened the scope of strain theory to include additional variables which address the criticisms of the original strain theory. He has attempted to explore strain theory from a perspective that accounts for goals other than money and that considers an individual's position in social class, expectations for the future, and associations with criminal others [57]. Agnew's General Strain Theory is based on the major conception that "when people are treated badly they may get upset and engage in crime" [58]. The General Strain Theory identifies the ways of measuring strain, the different types of strain, the link between strain and crime, and policy recommendations based on the theory.

Previous strain theories of deviance and crime, although they did not consider suicidality, inspired the building of the current Strain Theory of Suicide (STS). However, the STS may not be a development, revision, or refinement of Agnew's theorem, since suicidal deviance differs from criminal deviance in nature. While suicide is an inward violence without other physical victims, crime usually involves outward violence with physical victims.

Strain may lead to negative emotions and/or mental disorders including substance abuse and alcohol abuse, and may precede other deviant behaviors such as property crimes and personal assaults [52]. In the relationship between strain and suicide, negative emotions and mental disorders maybe an intervener, strengthening the association of strain and suicide. On the other hand, the relationship between strain and suicide may be

альной интеграцией, нравственными нормами, а также психологическими факторами, такими как личность человека. Человек, хорошо интегрированный в социальные институты семьи, религии, школы, имеющий работу, может быть подвержен более слабому риску суицида, даже столкнувшись с сильным напряжением. Модераторы и медиаторы в модели должны играть крайне важную роль в определении вероятности самоубийства вследствие напряжения. Они могут стать факторами, которые помогут отличить людей, которые переживают психологическое напряжение и попытаются покончить с собой, от тех, кто переживает тот же тип напряжения, но не будет совершать такой попытки.

(Продолжение статьи в Сообщении II).

moderated by social integration, moral regulation, and psychological factors such as personality. An individual well integrated into a social institution such as family, religion, school, and employment, may be at lower risk of suicide, even when confronting a major strain. The moderators and interveners in the model should play very important roles in determining the probability of suicide resulted from strain. They could be the factors that help distinguish individuals who experience any psychological strains and attempt suicide from those who experience the same type of strain but do not try to kill themselves.

(Continuation of the article in Part II).

Литература / References:

1. Durkheim É. *Suicide: A Study in Sociology*. New York: The Free Press, 1951 (Original work published in 1897).
2. NIH, N. I. o. H. Research Portfolio Online Reporting Tools (REPORT): Estimates of Funding for Various Research, Condition, and Disease Categories (RCDC), 2016. *Funding*. Retrieved from https://report.nih.gov/categorical_spending.aspx
3. Caine E.D. Preventing suicide is hard to do! *Psychiatric Service*. 2010; 61 (12): 1171. DOI: 10.1176/appi.ps.61.12.1171
4. Everett A. Upping Our Game to Prevent Suicide. *Psychiatric News*. 2018; 53 (March 2018).
5. Reidenberg D., Berman A.L. Changing the Direction of Suicide Prevention in the United States. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2017; 47 (4): 509-517. DOI: 10.1111/sltb.12310
6. Xu J., Murphy S.L., Kochanek K.D., Arias E. Mortality in the United States, 2015 (Vol. 267). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2016.
7. Shah A., Bhandarkar R., Bhatia G. The Relationship Between General Population Suicide Rates and Mental Health Funding, Service Provision and National Policy: a Cross-National Study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2010; 56 (4): 448-453.
8. Jiang H., Niu L., Hahne J., Hu M., Fang J., Shen M., Xiao S. Changing of suicide rates in China, 2002–2015. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 240: 165-170. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.043>
9. Wang S., Li Y., Chi G., Xiao S., Ozanne-Smith J., Stevenson M., Phillips M. Injury-related fatalities in China: an under-recognised public-health problem. *The Lancet*. 2008; 372 (9651): 1765-1773. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61367-7
10. Zhang J., Jing J., Wu X., Sun W., Wang C. A Sociological Analysis of the Decline in the Suicide Rate in China. *Social Sciences in China*. 2011; 5: 97-113.
11. Zhang J., Sun L., Liu Y., Zhang J. The Change in Suicide Rates between 2002 and 2011 in China. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014; 44 (5): 560-568. DOI: 10.1111/sltb.12090
12. Kochanek K.D., Murphy S.L., Xu J., Tejada-Vera B. *Deaths: Final data for 2014*. Retrieved from Hyattsville, MD, 2016.
13. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., Malone K.M. Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156 (2): 181-189. DOI: 10.1176/ajp.156.2.181
14. Institute of Medicine. *Reducing suicide: An American imperative*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2002.
15. Canetto S.S., Sakinofsky I. The Gender Paradox in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1998; 28 (1): 1-23.
16. Aliverdinia A., Pridemore W. A. Women's Fatalistic Suicide in Iran: A Partial Test of Durkheim in an Islamic Republic. *Violence Against Women*. 2009; 15 (3): 307-320. DOI: 10.1177/1077801208330434
17. Stack S. Durkheim's theory of fatalistic suicide: A cross-national analysis. *Journal of Social Psychology*. 1979; 107: 161-168.
18. Zhang J. Marriage and Suicide among Chinese Rural Young Women. *Social Forces*. 2010; 89 (1): 311-326. DOI:10.1353/sof.2010.0065
19. Beck A.T., Steer R.A., Kovacs M., Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*. 1985; 142: 559-563.
20. Shneidman E.S. Perspectives on suicidology. Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1998; 28 (3): 245-250.
21. Joiner T. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005.
22. Stac S. Suicide: A Comparative Analysis. *Social Forces*. 1978; 57 (December): 644-653.
23. Stack S. Suicide: A 15-Year Review of the Sociological Literature, Part II: Modernization and Social Integration. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2000; 30 (2): 163-176. DOI: <http://10.1111/j.1943-278X.2000.tb01074.x>
24. Joiner T.E., Hom M.A., Hagan C.R., Silva C. Suicide as a Derangement of the Self-Sacrificial Aspect of Eusociality. *Psychological Review*. 2015. No Pagination Specified. DOI:10.1037/rev0000020
25. Heeringen K.V. The neurobiology of suicide and suicidality. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2003; 48 (5): 292-300.
26. Gibbs J.P., Martin W.T. A Theory of Status Integration and Its Relationship to Suicide. *American Sociological Review*. 1958; 23 (2): 140-147. DOI: 10.2307/2088997
27. Gibbs J.P. Testing the Theory of Status Integration and Suicide Rates. *American Sociological Review*. 1982; 47 (2): 227-237. DOI: 10.2307/2094965
28. Duberstein P.R., Conwell Y., Conner K.R., Eberly S., Evinger J.S., Caine E.D. Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. *Psychological Medicine*. 2004; 34 (07): 1331-1337. DOI: 10.1017/S0033291704002600
29. Berkman L.F., Glass T., Brissette I., Seeman T.E. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*. 2000; 51 (6): 843-857.
30. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Selby E.A., Joiner T.E.J. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*. 2010; 117: 575-600.
31. Van Orden K.A., Witte T.K., Gordon K.H., Bender T.W., Joiner T.E.J. Suicidal desire and the capability for suicide. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2008; 76: 72-83.
32. Klonsky E.D., May A.M. Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: A Critical Frontier for Suicidology Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014; 44 (1): 1-5. DOI: 10.1111/sltb.12068
33. Klonsky E.D., May A.M. The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2015; 8 (2): 114-129. DOI: 10.1521/ijct.2015.8.2.114
34. Baumeister R.F. Suicide as escape from self. *Psychological Review*. 1990; 97 (1): 90-113. DOI: 10.1037/0033-295x.97.1.90
35. Ratcliffe G.E., Enns M.W., Belik S.-L., Sareen, J. Chronic Pain Conditions and Suicidal Ideation and Suicide Attempts: An Epidemiologic Perspective. *The Clinical Journal of Pain*. 2008; 24

- (3): 204-210. DOI: 10.1097/AJP.0b013e31815ca2a3
36. May A.M., Klonsky E.D. Assessing Motivations for Suicide Attempts: Development and Psychometric Properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2013; 43 (5): 532-546. DOI: 10.1111/sltb.12037
 37. Shneidman E.S. Perspectives on suicidology. Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1998; 28 (3): 245-250.
 38. Shneidman E.S. *Definition of Suicide*. New York, NY: Wiley, 1985.
 39. Hvistendahl M. Making Sense of a Senseless Act. *Science*. 2012; 338 (6110): 1025-1027. DOI: 10.1126/science.338.6110.1025
 40. Phillips M.R., Yang G., Zhang Y., Wang L., Ji H., Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *The Lancet*. 2002; 360 (9347): 1728-1736.
 41. Hamilton M. A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 1960; 23 (1): 56-62.
 42. Radloff L.S. The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence*. 1991; 20 (2): 149-166. DOI: 10.1007/bf01537606
 43. Spitzer R.L., Williams J.B.W., Gibbon M., First A.B. *Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID, 6/1/88 Revision)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1988.
 44. De Leo D. DSM-V and the Future of Suicidology. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2011; 32 (5): 233-239.
 45. Zhang J., Wiczorek W.F., Conwell Y., Tu X.M. Psychological strains and youth suicide in rural China. *Social Science & Medicine*. 2011; 72 (12): 2003-2010. DOI: <http://10.1016/j.socscimed.2011.03.048>
 46. Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, California: Stanford University Press, 1957.
 47. Skinner B.F. *What is the experimental analysis of behavior?* (Vol. 2). Glenview, Ill: Scott, Foresman, 1970.
 48. Watson J. Some social and psychological situations related to change in attitude. *Human Relations*. 1950; 3: 15-56.
 49. Terling-Watt T.L., Sharp S.F. Gender differences in strains associated with suicidal behavior among adolescents. *Journal of Youth & Adolescence*. 2001; 30 (3): 333-348.
 50. Terling-Watt T.L., Sharp S.F. Race differences in strains associated with suicidal behavior among adolescents. *Youth & Society*. 2002; 34: 232-256.
 51. Stack S., Wasserman I. Economic Strain and Suicide Risk: A Qualitative Analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007; 37 (1): 103-112.
 52. Merton R.K. *Social Theory and Social Structure*. New York: Free Press, 1957.
 53. Agnew R. Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*. 1992; 30 (1): 47-87.
 54. Freud S. [1917]. *Mourning and melancholia*. In J. Strachey (Ed. And Trans.) (Vol. 14). London: Hogarth Press, 1957.
 55. Brezina T. Adapting to strain: An examination of delinquent coping responses. *Criminology*. 1996; 34 (1): 39-60.
 56. Jang S.J., Johnson B.R. Strain, negative emotions, and deviant coping among African Americans: A test of general strain theory. *Journal of Quantitative Criminology*. 2003; 19: 79-105.
 57. Agnew R., Cullen F., Burton V., Evans T. D., Dunaway B.G. A new test of classic strain theory. *Justice quarterly*. 1996; 13 (4): 681-704.
 58. Agnew R. An overview of general strain theory. In R. Paternoster & R. Bachman (Eds.), *Explaining Criminals and Crime: Essays in Contemporary Criminological Theory*. LA: Roxbury, 2000.

THE STRAIN THEORY OF SUICIDE. Part I

J. Zhang

State University of New York in Buffalo, USA; zhangj@buffalostate.edu

Abstract:

Suicide is a global public health problem, but very few theories have been developed for its etiology and effective prevention. Presented in this paper is a comprehensive and parsimonious theory explaining the socio-psychological mechanism prior to suicidal behavior. Strain, resulting from conflicting and competing pressures in an individual's life, is hypothesized to precede suicide. The Strain Theory of Suicide (STS) proposes four sources of strain leading to suicide: (1) value strain from differential values, (2) aspiration strain from the discrepancy between aspiration and reality, (3) deprivation strain from the relative deprivation including poverty, and (4) coping strain from deficient coping skills in the face of a crisis. This new diagram is built on previous notions of anomie (Durkheim, 1951 [1897]), strain theories of deviance (Merton, 1957) and crime (Agnew, 1992), although suicide is not a major target for explanation in those theories. Future research with rigorous quantitative data needs to be conducted to further test the STS on a more comprehensive level. The work is presented in 2 parts. This publication is Part I.

Keywords: suicide, psychological strain, value conflict, unreachable aspiration, relative deprivation, coping deficiency

Финансирование: Исследование было поддержано грантами Национального института здравоохранения (R03 MH60828 и R01 MH068560), автор является главным исследователем.

Financing: This research was supported by the National Institutes of Health grants (R03 MH60828 and R01 MH068560), of which the author is the principal investigator.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 19.05.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 03.08.2020.

Для цитирования: Zhang J. Теория суицидального напряжения. Сообщение I. *Суицидология*. 2020; 11 (2): 118-134. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-118-134

For citation: Zhang J. The Strain Theory of Suicide. Part I. *Suicidology*. 2020; 11 (2): 118-134. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-118-134

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция журнала «Суицидология» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, результаты научных исследований, лекции, обзорные статьи, 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 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, звание, учёная степень, место работы (полное официальное название учреждения и его адрес) и должность авторов, номер контактного телефона, адрес электронной почты.

4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полторный 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. Объём статьи – до 18 страниц машинописного текста (для обзоров – до 30 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), 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*.

Каждая статья должна иметь профессиональный перевод на английском языке: Название статьи, ФИО авторов и их полной контактной информации, название учреждения, город, резюме и ключевые слова, название и подписи в рисунках и графиках таблиц. Приветствуется полный профессиональный перевод всей статьи на английском языке.

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).

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 и описаны в тексте.

10. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и чётко обозначенные категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

12. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

а) для журнальных статей: Фамилия и Инициалы автора (-ов; не более трех). Название статьи. *Журнал*. Год; том (номер); страницы «от» и «до»;

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.

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 так же отклонения работы из-за несоответствия её профилю или требованиям журнала.

15. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

Статьи в редакцию направляются по электронной почте на адрес редакции: note72@yandex.ru и письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология».