

## 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)  
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)  
Jugki Korkeila, профессор  
(Финляндия)  
Marco Sacchiapone, 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

- Т.И. Медведева, С.Н. Ениколопов,  
О.М. Бойко, О.Ю. Воронцова*  
Анализ динамики депрессивной симптоматики  
и суицидальных идей во время пандемии  
COVID-19 в России ..... 3
- А.В. Голенков*  
Постгомицидные самоубийства  
в художественной литературе ..... 17
- С.В. Давидовский, С.А. Игумнов*  
Современные концепции и особенности  
проявления самоповреждающего поведения ..... 33
- Е.Б. Любов, П.Б. Зотов*  
Несуицидальные самоповреждения подростков:  
общее и особенное. Часть I. .... 44
- В.Д. Евсеев, А.Г. Пешковская, В.В. Мацуца,  
А.И. Мандель, Н.А. Бохан*  
Взаимосвязь цифровых маркеров онлайн-  
активности и социально-демографических  
характеристик лиц призывного возраста  
с несуйцидальными формами  
самоповреждающего поведения ..... 72
- J. Zhang*  
Теория суицидального напряжения.  
Сообщение II ..... 84
- П.Б. Зотов, Е.Б. Любов,  
В.А. Розанов, А.С. Рахимкулова*  
Суицидальные попытки:  
клинические характеристики с позиций  
суицидального процесса ..... 101
- А.В. Меринов, К.В. Полкова, Я.Н. Жилова*  
Суицидологическая характеристика девушек,  
имеющих в прошлом несистематическое  
употребление наркотических веществ ..... 120
- Е.Г. Скрябин, П.Б. Зотов, М.А. Аксельров,  
И.А. Трошина, Л.И. Рейхерт,  
Ю.А. Петрова, А.Г. Бухна*  
Преднамеренные самопорезы с суицидальной и  
несуйцидальной целью в клинической практике .... 130

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

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

EDITORIAL COLLEGE

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

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 ..... 148

*Contents*

*T.I. Medvedeva, S.N. Enikolopov,  
O.M. Boyko, O.Yu. Vorontsova*  
The dynamics of depressive symptoms and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic in Russia ..... 3

*A.V. Golenkov*  
Posthomicidal suicide in fiction literature ..... 17

*S.V. Davidouski, S.A. Igumnov*  
Modern conceptions and manifestation features of self-harming behavior ..... 33

*E.B. Lyubov, P.B. Zotov*  
Adolescents non-suicidal self-injury: general and particular. Part I. .... 44

*V.D. Evseev, A.G. Peshkovskaya, V.V. Matsuta,  
A.I. Mandel, N.A. Bokhan*  
Interconnection of digital markers of online activity and socio-demographic characteristics of young males with non-suicidal forms of self-harming behavior ..... 72

*J. Zhang*  
The Strain Theory of Suicide. Part II. .... 84

*P.B. Zotov, E.B. Lyubov, V.A. Rozanov, A.S. Rakhimkulova*  
Suicidal attempts: clinical characteristics from the position of suicidal process ..... 101

*A.V. Merinov, K.V. Polkova, Y.N. Zhilova*  
Suicidological characteristics of females with non-systematic use of narcotic substances in the past ..... 120

*E.G. Skryabin, P.B. Zotov, M.A. Akselov,  
I.A. Troshina, L.I. Reikher, Yu.A. Petrova, A.G. Buhna*  
Intentional suicidal and non-suicidal self-cutting in clinical practice ..... 130

Information ..... 148

Сайт журнала: <https://суицидология.рф/>  
Интернет-ресурсы: [www.elibrary.ru,](http://www.elibrary.ru/) [www.medpsy.ru](http://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 № 128. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 26.11.2020 г. Цена свободная

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

## **АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ И СУИЦИДАЛЬНЫХ ИДЕЙ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 В РОССИИ**

*Т.И. Медведева, С.Н. Ениколопов, О.М. Бойко, О.Ю. Воронцова*

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия

### **THE DYNAMICS OF DEPRESSIVE SYMPTOMS AND SUICIDAL IDEATION DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN RUSSIA**

*T.I. Medvedeva, S.N. Enikolopov,  
O.M. Boyko, O.Yu. Vorontsova*

Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

#### Информация об авторах:

Медведева Татьяна Игоревна – клинический психолог (SPIN-код: 6406-4368; Researcher ID: C-2974-2016; ORCID iD: 0000-0002-6012-2152). Место работы и должность: научный сотрудник отдела клинической психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34. Электронный адрес: medvedeva.ti@gmail.com

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, профессор (SPIN-код: 6911-9855; Researcher ID: C-2922-2016; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X). Место работы и должность: заведующий отделом клинической психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34. Электронный адрес: enikolopov@mail.ru

Бойко Ольга Михайловна – клинический психолог (SPIN-код: 1594-1502; ORCID iD: 0000-0003-2895-807X). Место работы и должность: научный сотрудник отдела клинической психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34. Электронный адрес: olga.m.boyko@gmail.com

Воронцова Оксана Юрьевна – клинический психолог (SPIN-код: 3767-5067; Researcher ID: O-4843-2018; ORCID: 0000-0001-5698-676X). Место работы и должность: научный сотрудник отдела клинической психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, 34. Электронный адрес: okvorontsova@inbox.ru

#### Information about the authors:

Medvedeva Tatiana I. – clinical psychologist (SPIN-code: 6406-4368; Researcher ID: C-2974-2016; ORCID iD: 0000-0002-6012-2152). Place of work and position: research fellow at the clinical psychology department, Mental Health Research Centre. Address: Russia, 115522, Moscow, 34 Kashirskoye highway. Email: medvedeva.ti@gmail.com

Enikolopov Sergey N. – PhD, Professor (SPIN-code: 6911-9855; Researcher ID: C-2922-2016; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X). Place of work and position: Head of clinical psychology Department Mental Health Research Centre. Address: Russia, 115522, Moscow, 34 Kashirskoye highway. Email: enikolopov@mail.ru

Boyko Olga M. – clinical psychologist (SPIN-code: 1594-1502; ORCID iD: 0000-0003-2895-807X). Place of work and position: research fellow at the clinical psychology department, Mental Health Research Centre. Address: Russia, 115522, Moscow, 34 Kashirskoye highway. Email: olga.m.boyko@gmail.com

Vorontsova Oxana Yu. – clinical psychologist (SPIN-code: 3767-5067; Researcher ID: O-4843-2018; ORCID: 0000-0001-5698-676X). Place of work and position: research fellow at the clinical psychology department, Mental Health Research Centre. Address: Russia, 115522, Moscow, 34 Kashirskoye highway. Email: okvorontsova@inbox.ru

Пандемия COVID-19 может иметь серьёзные последствия для психического здоровья, среди которых рост психопатологической симптоматики, в том числе суицидальных идей и актов аутоагрессии. В нашем исследовании депрессивная симптоматика и суицидальность рассматривались как две характеристики, на которые во время пандемии могут оказывать влияние разные факторы. Цель исследования: анализ роста депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19 в России. Материалы и методы. Материалом для исследования стали данные анонимного интернет опроса, проведённого с 22 марта по 22 июня 2020 года, опрос включал информацию о социодемографических показателях и вопросы о том, как респондент оценивает своё состояние во время пандемии, среди них вопрос о том, беспокоили ли его последнее время мысли о том о том, чтобы покончить с собой. Использовались опросники: Симптоматический опросник SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised), Опросник COPE. Статистическая обработка материалов проводилась с помощью пакета программ SPSS. Результаты. Получено 908 ответов. Анализ показал статистически значимую положительную корреляцию между выраженностью суицидальных мыслей и депрессивной симптоматикой в SCL-90R (коэффициент Спирмена 0,450;  $p < 0,001$ ). Анализ показал статистически значимый тренд роста депрессивной симптоматики по мере развития пандемии (критерий Джонкхиера–Терпстра, Std. J–Tstat. = 2,51,

$p=0,012$ ), и увеличение частоты суицидальных мыслей, которые выражены «сильно» и «очень сильно» в последний период времени (Fisher's Exact Test 5,92;  $p=0,046$ ). Корреляционный анализ показал, что выраженность депрессии выше у женщин и более молодых респондентов, статистически значимо связана с текущей ситуацией пандемии: растёт с появлением вируса в городе, с появлением заболевших среди знакомых, с увеличением страхов заболеть и умереть, коррелирует с наличием различных соматических заболеваний, и с количеством используемых способов защиты от заражения. Выраженность суицидальных идей не связана с опасностью заражения, появлением больных в окружении, страхами за себя и близких, но связана с более высокой готовностью к риску, выше у более молодых и у мужчин. При этом выраженность депрессивной симптоматики связана с более высоким уровнем таких копинг стратегий как использования эмоциональной социальной и инструментальной поддержки. При росте мыслей о суициде снижается принятие и планирование. Выводы. Рост депрессивной симптоматики и суицидальных мыслей обусловлены разными факторами. Рост депрессивной симптоматики связан с различными страхами и опосредован неконструктивными способами совладания со стрессом. Однако присутствуют и конструктивные копинги – поиск поддержки. Выраженность мыслей о суициде растёт на фоне пандемии COVID-19, и связана с высоким уровнем стресса, который не объясняется «объективной» тревогой, вероятно связанная с мерами противодействия пандемии – ограничениями социального взаимодействия, одиночеством, неопределённостью. Увеличение показателей депрессивной симптоматики связано с ориентацией на «другого» человека, а выраженность суицидальных идей никак с этим не связана.

*Ключевые слова:* COVID-19, SARS-COV-2, депрессия, суицидальные идеи, копинг стратегии

Пандемия COVID-19 может иметь серьёзные последствия для психического здоровья [1, 2].

*Рост психопатологической симптоматики.* В настоящее время появляется всё больше данных о нарастании симптомов дистресса в течение и после карантина. Так, С. Wang с коллегами обнаружили, что 53,8% опрошенных, проводивших 20-24 часа дома каждый день во время вспышки COVID-19 в Китае, считают, что их психологическое состояние серьёзно ухудшилось [3]. Рост тревожных расстройств, депрессивной симптоматики и сообщений о снижении качества сна подтверждается и другими интернет-опросами китайских учёных [4]. Исследования, проведённые в Италии, Дании, Испании и России также продемонстрировали высокие уровни стресса, тревожной и депрессивной симптоматики [5, 6, 7, 8], показали ухудшение психического здоровья населения вследствие социальной изоляции [9]. Снижение уровня психологического благополучия наряду с повышением уровней тревожной и депрессивной симптоматики по сравнению с показателями до пандемии COVID-19 выявлено и метаанализом уже опубликованных данных по психологическим последствиям пандемии COVID-19 [10].

*Самоубийства и акты аутоагрессии* могут стать серьёзной проблемой по мере распространения пандемии и иметь более долгосрочные последствия для населения в целом [11], для экономики и особенно для уязвимых групп. Люди с психическими расстройствами могут испытывать ухудшение симптомов, а у других могут развиваться новые проблемы с психическим здоровьем, такие как депрессия, тревога и посттравматический стресс (все это связано с повышенным риском суицида). Риск суицида может возрасти из-за стигмы по отношению к людям с COVID-19 и их семьям. Также потеря работы и финансовые факторы стресса – общепризнанные факторы риска самоубийства [12].

Помимо страха заражения, болезни и смерти себя и близких, пандемия COVID-19 и способы борьбы с ней создают также важные внешние условия, существенно повы-

The pandemic of COVID-19 can have serious implications for mental health [1, 2].

*The increase in psychopathological symptoms.* Nowadays, there is growing evidence of increased symptoms of distress during and after the quarantine. Thus, C. Wang et al. found, that 53.8% of the respondents, who spent 20-24 hours at home every day during the COVID-19 outbreak in China, believe that their psychological state deteriorated significantly [3]. The increase in anxiety disorders, depressive symptoms, and reports on loss of quality of sleep are also confirmed with other internet surveys by the Chinese authors [4]. Studies conducted in Italy, Denmark, Spain, and Russia also showed high levels of stress, anxiety and depressive symptoms [5, 6, 7, 8], deterioration of mental health in the population as a result of social isolation [9]. The decline in the levels of psychological well-being, along with the increased levels of anxiety and depressive symptoms, in comparison with the indices before the COVID-19 pandemic, is confirmed with meta-analysis of the published data on psychological consequences of the COVID-19 pandemic [10].

*Suicide and autoaggressive acts* may become a serious problem with the spread of pandemic and bear more long-term implications for the general population [11], for economics, and especially for the vulnerable groups.

шающие суицидальный риск. Это резко возросший уровень неопределённости во всех сферах жизни, что часто переносится тяжелее, чем уже имеющаяся уверенность в наступлении плохого варианта [13], и увеличивает суицидальный риск не только у людей с уже имеющимся психиатрическим диагнозом, но и у людей со сниженной стрессоустойчивостью [14]. Люди с низкой толерантностью к неопределённости испытывают высокий уровень стресса. Снижение толерантности к неопределённости усиливает суицидогенное действие других факторов [15]. Так, например, показано, что снижение толерантности к неопределённости увеличивает суицидальность в морально травмирующих ситуациях у ветеранов боевых действий [16]. Кроме того, низкая толерантность к неопределённости положительно коррелирует с ощущением безнадёжности [17], которое также является одним из важных суицидогенных факторов.

Одновременно с этим, значимым суицидогенным фактором является повышенная чувствительность к имеющимся ограничениям. Его можно описать как невозможность принять имеющиеся или возникшие ограничения, которые не совпадают с внутренним представлением человека о том, как должно быть [18].

Неблагоприятные последствия пандемии, в том числе суицидальный риск, могут усугубляться влиянием самоизоляции и физическим дистанцированием [14, 19]. Э. Дюркгейм подчеркивал, что социальные связи являются критическим фактором эмоционального здоровья [20]. Исследования показывают, что социальная изоляция (например, проживание в одиночестве) и субъективное ощущение одиночества связаны с суицидальными идеями и поведением [14, 21, 22, 23].

Масштаб пандемии COVID-19 настолько огромен, что трудно выделить событие в предыдущие годы, сопоставимое по своим последствиям. Эпидемия испанского гриппа была связана с увеличением смертности в результате самоубийств 1918-1919 годах [24], которые объясняли нарушением социальных связей во время эпидемии и вызванными ею страхами. Во время вспышки тяжелого острого респираторного синдрома в Гонконге в 2003 г. наблюдался значительный рост числа самоубийств среди людей в возрасте 65 лет и старше [25]. Исследования показывают, что это увеличение может быть связано как со страхом заразиться болезнью, так и со страхом быть бременем для семьи и социальной изоляцией.

*Рост суицидальных идей во время пандемии COVID-19* уже выявлен в ряде исследований [26]. Реальные 68 случаев суицида в Индии во время пандемии [27] анализируются с учётом таких факторов как страх заражения, финансовые потери, одиночество, социальная изоляция, принуждение к карантину, стресс на работе, невозможность вернуться домой, недоступность алкоголя и других психоактивных веществ. В работе L. Sher [14] предлагается учитывать такие факторы во время пандемии как неопределённость, социальная изоляция и экономические проблемы. Уязвимыми к этим факторам оказываются люди с существующими психиатрическими проблемами, с психологическим неблагополучием,

People with mental disorders may experience worsening of symptoms, while others may develop new mental health issues, such as depression, anxiety and posttraumatic stress (all these conditions are linked with the heightened suicide risk). Suicide risk may also grow because of the stigma towards people with COVID-19 and their families. The loss of job and financial factors of stress are the known factors of suicide risk as well [12].

Apart from the fear of contagion, of own illness and death, and those of close others, the COVID-19 pandemic and methods to counter it create important external conditions, which significantly heighten the suicide risk. There is an increased level of uncertainty in all spheres of life, which is always more badly tolerated, than the certainty in bad things happening in life [13], and it heightens the suicide risk not only in people with psychiatric diagnoses, but also in people with reduced stress tolerance [14]. People with reduced tolerance to uncertainty experience high levels of stress. The decrease in tolerance to uncertainty heightens the effects of other risk factors for suicide [15]. For example, it is shown that the lack of tolerance to uncertainty heightens suicidality in morally traumatic situations in combat veterans [16]. Besides, low tolerance to uncertainty is positively correlated with the feeling of hopelessness [17], which is also one of the important suicide risk factors.

Along with that, the significant suicide risk factor is the heightened sensitivity to existing restrictions. It may be described as the impossibility to accept the existing or emerging restrictions, which do not coincide with the inner view of a person on how it should be [18].

The adverse effects of the pandemic, including suicide risk, may be exacerbated by the influence of self-isolation and physical distancing [14, 19]. E. Durkheim stated that social bonds are the critical factor of emotional health [20]. The research shows that social isolation (for example, living alone) and subjective feeling of loneliness are connected with suicidal

проживающие в местах с высоким риском заражения, люди, потерявшие близких из-за коронавируса. Воздействие неблагоприятных факторов может привести к появлению или усилению психопатологических проявлений таких как депрессивное расстройство, тревожное расстройство, зависимость от психоактивных веществ. И этих людей следует рассматривать как группу повышенного суицидального риска.

*Связь депрессивной симптоматики и суицидального риска* широко известна, особенно явно она подтверждается в исследованиях на клинических выборках в группах с суицидальными попытками. Реактивные и эндогенные депрессии являются психопатологическими предикторами суицидального (аутоагрессивного) поведения. Например, по мнению А. Берман, некурабельная и недиагностированная депрессия имеется у большинства людей, совершающих суицид [28]. При этом данные о суицидальном риске у людей с эндогенной депрессией разнятся [29], чаще всего исследователи говорят о 70% и 15% для суицидальных мыслей и самоубийств соответственно. Ю.Л. Нуллер и И.Н. Михаленко считают, что суицидальные мысли возникают практически у всех больных депрессией, но не всегда они проявляются напрямую [30]. Исследования в США показывают, что более 90% жертв суицида имеют психические расстройства, а депрессия является основным фактором риска самоубийства, на долю которого приходится до 60% самоубийств [31].

Пандемия COVID-19 продолжается уже почти 9 месяцев, поиск, по ключевым словам, «депрессия», «суицид», «covid-19» по международным базам научных статей за 2020 год даёт уже более 8200 результатов. Распространённый подход при анализе роста депрессивности и суицидальности – рассматривать депрессию во время пандемии как опосредующий фактор, влияющий на суицидальность. На фоне пандемии растёт депрессия, и уже повышение депрессивности рассматривается как фактор роста суицидальных идей. Несмотря на то, что депрессивность и суицидальность тесно связаны, мы в нашем исследовании рассматривали их как две характеристики, на которые во время пандемии могут оказывать влияние разные факторы.

Целью исследования являлся анализ роста депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19.

Материалы и методы.

Материалом для исследования стали данные анонимного интернет - опроса, проведённого с 22 марта по 22 июня 2020 года. Опрос включал в себя социодемографические вопросы, вопросы о том, как респондент оценивает своё состояние во время пандемии COVID-19. Среди них был вопрос, беспокоили ли его последнее время мысли о том, чтобы покончить с собой, который позволял выбор по шкале Лайкерта от 0 до 4. Использовались опросники: *Симптоматический опросник SCL-90-R* (Symptom Check List-90-Revised) [32, 33], содержащий шкалы, отражающие выраженность психопатологической симптоматики, использовалась шкала «депрессии»; *Опросник COPE* – [34] в адаптации Е.И. Рассказовой с коллегами [35], предназначенный для измерения ситуационных

ideation and behavior [14, 21, 22, 23].

The scope of the COVID-19 pandemic is so huge that it is difficult to find an event in the previous years that would match in consequences. The Spanish flu epidemic was associated with an increase in suicide deaths in 1918-1919 [24], which were attributed to the disruption of social bonds during the epidemic and to the fears caused by it. During the 2003 outbreak of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong, there was a significant increase in suicide deaths among people aged 65 and older [25]. The research shows that this increase may be associated both with the fears to contract a disease, with the fears to become a burden for a family, and with social isolation.

*The increase in suicidal ideation during the COVID-19 pandemic* is already found in several studies [26]. The real 68 cases of suicide in India during the pandemic [27] had been analyzed taking into account the fear of contagion, financial losses, loneliness, social isolation, forced quarantine, stress at work, inability to return home, unavailability of alcohol and other psychoactive substances. In the article by L. Sher [14] it was suggested to consider such factors during the pandemic as uncertainty, social isolation and economic problems. Vulnerable to these factors are people with existing psychiatric issues, with psychological ill-being, living in regions with higher risk of contagion, those who lost significant others due to COVID-19. The impact of adverse factors may lead to emergence or worsening of psychopathological manifestations, such as depressive disorder, anxiety disorder, and drug addiction. And these people should be viewed as a group of heightened suicide risk.

*The association of depressive symptoms and suicidal risk* is widely known, especially clearly it is confirmed in clinical studies on groups with suicide attempts. Reactive and endogenous depressions are the psychopathological predictors of suicidal (autoaggressive) behavior. For example, in the opinion of A. Berman, uncured and undiagnosed depression is present in most people, who try a suicide [28]. But the data on suicide risk

копинг - стратегий и лежащих в их основе диспозиционных стилей.

Оценивалось изменение депрессивной симптоматики и выраженности суицидальных идей с течением времени. Для этого ответы были разбиты на 3 группы: ответы, полученные 22 марта - 30 марта – до принятия официальных мер борьбы с пандемией COVID-19 в России; 31 марта - 12 мая – введение режима самоизоляции и других мер противодействия пандемии; 12 мая - 22 июня – ослабление и постепенная отмена ограничений.

Для статистического анализа использовались методы корреляционного анализа (Spearman). Тренд роста депрессивной симптоматики оценивался с помощью критерия Джонкхиера–Терпстра (Jonckheere-Terpstra test). Сравнение частоты суицидальных ответов в разные периоды времени проводилось с помощью точного критерия Фишера (Fisher's Exact Test). Для сравнения групп по параметрам, выраженным в дихотомической шкале, использовался критерий  $\chi^2$ . Для графика использовалась стандартизованная (нормированная) оценка (z-score), показывающая отклонения наблюдения от среднего значения в группе, что дало возможность привести распределения параметров к одному масштабу и объединить в одном графике. Для анализа использовалась программа SPSS.

Результаты исследования.

В исследовании представлен анализ ответов на опрос, полученных с 22.03.20 г. по 22.06.20 г., всего ответило 908 человек. Приведены только статистически значимые результаты.

Анализ показал статистически значимую положительную корреляцию между выраженностью суицидальных мыслей и психопатологической симптоматикой в SCL-90. Самый высокий коэффициент корреляции с депрессивной симптоматикой (коэффициент Спирмена 0,450;  $p < 0,001$ ).

*Изменения во времени.* Для оценки изменений депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19 в России были выделены 3 периода времени, связанные с изменением мер противодействия пандемии.

I. 22 марта – 30 марта (220 человек) – до принятия официальных мер борьбы с пандемией.

II. 31 марта – 12 мая (495 человек) – введение «выходных дней», что в реальности означает карантин и ограничения передвижения, режим самоизоляции.

III. 12 мая – 22 июня (193 человека) – окончание выходных дней, ослабление и постепенная отмена ограничений

Группы респондентов, ответивших на опрос в эти периоды времени, не отличались по таким социодемографическим показателям как пол и возраст. В группе респондентов, ответивших 12 мая – 22 июня был выше процент людей со средним образованием, чем в группе ответивших в марте. Однако во всех группах большинство ответивших имели высшее образование, и по этому показателю группы статистически не различались (табл. 1).

in people with endogenous depression vary [29], more often the researchers speak of the 70% and 15% of suicidal thoughts and suicides, correspondingly. Yu.L. Nuller and I.N. Mikhalenko state that suicidal thoughts appear almost in all depressive patients, but not always they act on them [30]. The research in the USA shows that more than 90% of those who died by suicide had had mental disorders, and depression is the main risk factor for suicide, which accounts for 60% of suicides [31].

The COVID-19 pandemic has been going on for almost 9 months, and the search by the keywords «depression», «suicide», «covid-19» in the international databases with academic articles for the year 2020 returns more than 8200 results. The most widespread approach for the analysis of increase in depression and suicidality is to view depression during the pandemic as a mediating factor, which impacts the suicidality. During the pandemic, depression increases, and this increase per se is viewed as a factor of increased suicidal ideation. Though depression and suicidality are closely connected, in our study we viewed them as two separate characteristics, which may be influenced by different factors during the pandemic.

The study objective was to analyze the increase in depressive symptoms and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic.

Materials and methods.

In the study, the data from the anonymous internet survey was analyzed, conducted from March, 22, 2020 to June, 22, 2020. The survey included sociodemographic questions and questions on how the respondent assesses their conditions during the COVID-19 pandemic. Among those there was a question, whether they were recently bothered by the thoughts of killing themselves, with the estimation on the Likert scale from 0 to 4. The questionnaires used were the *Symptom Check List 90-Revised* [32, 33], which included the scales that reflect the severity of the psychopathological symptoms, including the 'depression' scale; and the *COPE Inventory* [34], adapted by E.I. Rasskazova et al. [35], designed to measure situational coping strategies and underlying dispositional styles.

Таблица 1 / Table 1

Социодемографические характеристики групп  
Sociodemographic characteristics of the groups

Показатель Indicator	Всего / Total n=908		22–30.03.2020 n=220		31.03–12.05.2020 n=495		12.05–22.06.2020 n=193		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Пол / Gender: мужчины / males Женщины / females	138	15,2	27	12,3	85	17,2	26	
	770	84,8	193	87,7	410	82,8	167	86,5	
Возраст, лет / Age	40,848±11,8		40,4±11,3		41,3±12,2		40,8±11,6		0,393
Образование / Education:									0,022
среднее Secondary	85	9,4	13	5,9	45	9,1	27	14,0	
высшее Higher	707	77,9	177	80,5	380	76,8	150	77,7	
уч. степень PhD	116	12,8	30	13,6	70	14,1	16	8,3	

Анализ показал статистически значимый тренд роста депрессивной симптоматики по мере развития пандемии COVID-19 в России – чем больше времени прошло от начала пандемии в России, тем выше выраженность симптоматики (критерий Джонкхиера–Терпстра, Std. J–Tstat =2,51; p=0,012), средние значения депрессивной симптоматики по SCL-90R (0,75±0,70 в начале опроса; 0,81±0,66 в середине; 0,93±0,81 в конце опроса). На рис. 1 показаны средние значения депрессивной симптоматики и выраженности мыслей о суициде в заданные периоды времени. Для наглядности использована стандартизованная (нормированная) оценка (z-score) для обоих параметров.

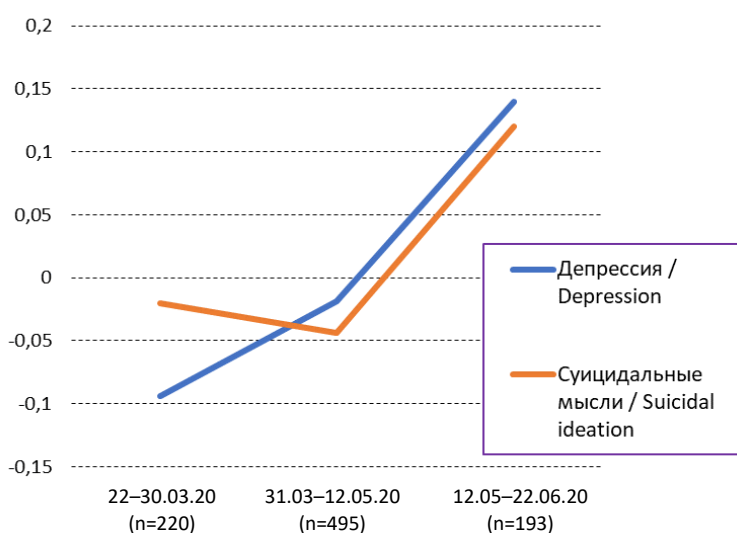


Рис. 1. / Fig. 1. Динамика показателей «Депрессии» (по SCL-90R) и выраженности мыслей о суициде: средние стандартизованные значения (z-score) / Dynamics of the indicators 'Depression' (according to the SCL-90-R) and 'Intensity of Suicidal Thoughts': mean standardized scores (z-scores).

Рост суицидальных мыслей наблюдается в конце опроса.

The change in depressive symptoms and intensity of suicidal ideation with time also was assessed. For that reason, answers were split in 3 groups: those received from March, 22 to March, 30 – before the official measures to counter the COVID-19 pandemic were undertaken; from March, 31 to May, 12 – during the self-isolation regime and other measures to counter the pandemic; May, 12 to June, 22 – during the weakening and gradual abolition of the restrictions.

The statistical methods used were following: correlation analysis (Spearman's coefficient); the growth trend in depressive symptoms was assessed with the Jonckheere-Terpstra test; the comparison of frequencies in answers about suicidal thoughts in different periods of the pandemic was performed with the Fisher's Exact Test; to compare the groups in parameters, expressed in dichotomous scale,  $\chi^2$  criterion was used; a standardized (normalized) score (z-score) was used for the graph, which showed the deviations in observation from the mean in different groups, and allowed to bring the parameter distributions to one scale and combine them in one graph. The analysis was performed in SPSS program.

Study results.

The study presents the analysis of responses to the survey, performed from March, 22, to June, 22, 2020, in which 908 people took part. Only statistically significant results are presented.



При этом статистически значимо не растёт частота положительных ответов о суицидальных мыслях (любой выбор в вопросе о суицидальных идеях кроме «совсем нет») – в начале опроса 13%; в середине 11,7%; в конце 16,5% ( $\chi^2=2,895$ ;  $p=0,235$ ), но к концу опроса растёт их интенсивность. Вопрос про наличие суицидальных идей позволял выбор из 5 вариантов («совсем нет», «немного», «умеренно», «сильно», «очень сильно»). Рассмотрение частоты ответов, в которых выражена суицидальных мыслей «сильно» и «очень сильно», показывает статистически значимый рост в последний период времени (рис. 1 и 2) (Fisher's Exact Test 5,92;  $p=0,046$ ).

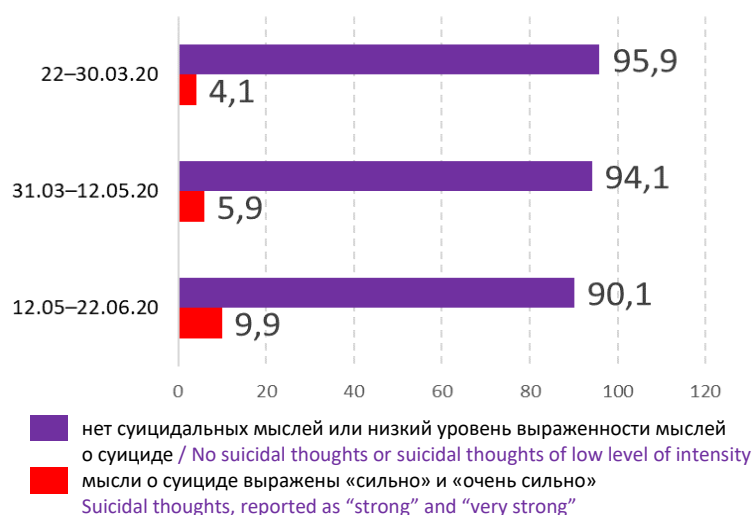


Рис. 2. / Fig. 2. Частота выраженности мыслей о суициде «сильно» и «очень сильно» в разные периоды времени / The frequency of intensity in suicidal thoughts: 'strong' and 'very strong' in different time periods, %.

**Социодемографические показатели.** Корреляционный анализ показал статистически значимую отрицательную связь выраженности депрессивной симптоматики с возрастом, наличием семьи и детей. Эти же связи справедливы и для выраженности суицидальных идей (табл. 2). Выраженность депрессивной симптоматики во время пандемии зависит от пола и выше у женщин, в то время как выраженность суицидальных мыслей выше у мужчин.

**Оценка опасности пандемии, страхи за себя и близких.** Выраженность депрессии статистически значимо связана с текущей ситуацией пандемии. Она растёт с появлением вируса в городе, с появлением заболевших среди знакомых, с увеличением страхов заболеть и умереть, страхов смерти других. Чем выше показатель депрессии, тем больше используется способов защиты от заражения. При более высоких показателях депрессивной симптоматики своё материальное положение респонденты оценивают, как менее благополучное, и считают, что оно ухудшается (разделы «Оценка опасности пандемии, страхи за себя и близких» и «Способы защиты» в табл. 2). Суицидальные мысли не связаны с появлением больных в городе и среди знакомых, со страхами заражения себя и близких.

The analysis showed a statistically significant positive correlation between the intensity of suicidal thoughts and psychopathological symptoms according to SCL-90-R. The highest correlation coefficient was with the depressive symptoms (Spearman's coefficient, .45,  $p < .001$ ).

**Changes in time.** To assess the changes of depressive symptoms and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic in Russia, 3 time periods were identified, which corresponded to the changes in the response to the pandemic.

1. March, 22 – March, 30 (220 people) – before the official measures to counter the pandemic were undertaken.

2. March, 31 – May, 12 (495 people) – introduction of 'days off,' which in reality meant quarantine and restrictions on travels and transportation, self-isolation regime.

3. May, 12 – June, 22 (193 people) – the end of 'days off,' weakening and gradual abolition of restrictions.

The groups of respondents, who took part in the survey during these periods of time, did not differ in socio-demographic characteristics of gender and age. In the 3<sup>rd</sup> group there was a higher percentage of people with secondary education, in comparison to the 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> group. But in all groups the majority had higher education, and on this indicator the groups did not differ statistically (Table 1).

The analysis showed a statistically significant growth trend in depressive symptoms during the course of the COVID-19 pandemic in Russia: the more time has passed from the start of the pandemic in Russia, the higher was the severity of symptoms (Jonckheere-Terpstra test, Std. J-T stat. = 2.51,  $p = .012$ ), the mean indices of depressive symptoms according to SCL-90-R are  $.75 \pm .7$  at the start of the survey;  $.81 \pm .66$  in the middle,  $.93 \pm .81$  in the end. The Graph 1 shows the mean values of depressive symptoms and the intensity of suicidal thoughts in these periods of time. For clarity, we used a standardized (normalized) score (z-score) for both parameters.

The increase in suicidal thoughts is seen in the last period of the study (3<sup>rd</sup> group). Though there is no statisti-

Таблица 2 / Table 2

Связь депрессивной симптоматики и мыслей о суициде с социодемографическими показателями и оценкой своего состояния (корреляции по Спирмену)

The correspondence of depressive symptoms and suicidal thoughts with sociodemographic indicators and assessment of personal conditions (Spearman's correlations)

Показатель Indicator	Депрессия Depression	Мысли о суициде Suicidal thoughts
Социодемографические показатели Sociodemographic indicators		
Возраст Age	-0,220**	-0,170**
Пол Gender	0,138**	-0,092*
Семейное положение Family status	-0,106*	-0,107*
Наличие детей Children	-0,212**	-0,210**
Оценка опасности пандемии, страхи за себя и близких Assessing the risks of the pandemics, fears for the self and close others		
Вирус в городе Virus in the city	0,121*	
Вирус у знакомых Virus in friends	0,165**	
Боюсь тяжело заболеть Fear of severe illness	0,132*	
Боюсь умереть Fear of dying	0,188**	
Боюсь тяжелого состояния или смерти других Fear of severe illness or death of others	0,112*	
Изменение материального положения Change in financial status	-0,107*	
Материальное благополучие Financial prosperity	-0,114*	
Способы защиты Methods of protection		
Не покидаю дом I don't leave my home	0,100*	
Ношу маску I wear a mask	0,099*	
Ношу перчатки I wear gloves		-0,079*
Сумма способов Sum of methods	0,116*	
Делали запасы I stocked up	0,143**	
Оценка своего физического состояния Assessment of physical state		
Заболевания обмена веществ Metabolic conditions	0,102*	
Иммунодефицит Immunodeficiency	0,119*	

cally significant increase in positive answers about suicidal thoughts (any answer except 'not at all'): in the beginning of the study there were 13% of such answers, 11.7% in the middle and 16.5% in the end ( $\chi^2 = 2.895$ ;  $p = .235$ ); but it is the intensity that increases towards the end. The question about the presence of suicidal ideation allowed for the choice of 5 options ('not at all,' 'a little,' 'moderate,' 'strong,' 'very strong'). The analysis of frequencies of answers with the intensity of suicidal thoughts as 'strong' and 'very strong,' shows the statistically significant increase in the last period of time (Fig. 1 and 2, Fisher's Exact Test, 5.92;  $p = .046$ ).

*Sociodemographic parameters.* Correlation analysis showed statistically significant negative association of the severity of depressive symptoms with age, family status and presence of children. The same correlations are valid for the intensity of suicidal ideation (Table 2). The severity of depressive symptoms during the pandemic depends on gender and is higher in women, while the intensity of suicidal thoughts is higher in men.

*Assessing the risk of the pandemic, fears for the self and close others.* The severity of depression was statistically significantly correlated with the current situation of the pandemic. It grows with the emergence of the virus in the city, with the friend falling ill, with the increase in fears of getting sick and die, fears of death of others. The higher is the index of depression, the more methods of protection from the infection are used. With the higher index of depressive symptoms, respondents assessed their financial status as less prosperous, and stated that it deteriorates (see parts *Assessing the risk of the pandemic, fears for the self and close others and methods of protection* in Table 2). Suicidal thoughts had no connection with the emergence of sick people in the city and among friends, with the fears of contracting the disease and infecting close others.

*Assessing own physical and mental state.* The severity of depression statistically significantly correlates with the presence of various somatic conditions (or suspicions of their presence) and with identifying the self with

Не указанные заболевания <i>Other conditions</i>	0,129**	
Отношусь к группе риска <i>I am in the risk group</i>	0,099*	
Оценка своего психологического состояния <i>Assessment of psychological state</i>		
Готов рисковать <i>Proneness to risk</i>		0,109**
Тревога <i>Anxiety</i>	0,494**	0,233**
Хороший сон <i>Sleep well</i>	-0,352**	-0,140**
Подавленность <i>Distress</i>	0,682**	0,322**
Активность <i>Activity</i>	-0,120*	
Нужна помощь психолога <i>Need a psychologist</i>	0,465**	0,231**

Примечания / Notes: \* p<0,05; \*\*p<0,01

*Оценка своего состояния.* Выраженность депрессии статистически значимо коррелирует с наличием различных соматических заболеваний (или подозрений в их наличии) и с отнесением себя к группе риска по заражению коронавирусом (раздел «Оценка своего физического состояния» в табл. 2).

Не выявлено связи суицидальных мыслей с наличием соматических заболеваний. При этом и при депрессивной симптоматике, и при суицидальных идеях выявлена связь с оценкой своего психологического состояния как менее благополучного (тревогой, подавленностью, нарушениями сна). Однако в отличие от депрессивной симптоматики, которая связана со снижением активности, выраженность суицидальных идей со снижением активности не связана (раздел «Оценка своего психологического состояния» в табл. 2). Кроме того, при повышении выраженности суицидальных идей растёт готовность к риску.

*Опросник COPE.* Анализ связи способов совладания со стрессовой ситуацией во время пандемии COVID-19 с выраженностью депрессивной симптоматики и выраженностью суицидальных идей показал значимые положительные корреляции и депрессии, и выраженности суицидальных мыслей с показателями мысленного ухода, концентрации на эмоциях, отрицания, поведенческого ухода от проблемы, использованием успокоительных или алкоголя, и отрицательные корреляции с положительным переформулированием, активным совладанием, использованием юмора (табл. 3). При этом выраженность депрессивной симптоматики связана с более высоким уровнем использования инструментальной поддержки, эмоциональной социальной поддержки. Связи выраженности суицидальных мыслей с использованием поддержки не выявлено. При росте мыслей о суициде снижается принятие и планирование, для депрессии такой зависимости не выявлено.

the risk group for coronavirus (part *Assessment of physical state*, Table 2).

There was no correlation between suicidal thoughts and the presence of somatic conditions. Along with that, both depressive symptoms and suicidal ideation were associated with the assessment of own psychological state as less satisfactory (with anxiety, distress, sleep disturbance). But, as opposed to depressive symptoms, which were associated with lack of activity, the intensity of suicidal ideation had no such link (part *Assessment of psychological state*, Table 2). Besides, the increase in suicidal ideation corresponds to proneness to risky behavior.

*COPE Inventory.* The analysis of associations between the coping strategies with the stressful situation during the COVID-19 pandemic, severity of depressive symptoms and intensity of suicidal ideation showed significant positive correlations between both depression and suicidal ideation and indicators of mental disengagement, focus on emotions, denial, behavioral disengagement, substance use, and negative correlations with positive reinterpretation, active coping, humor (Table 3). At the same time, the severity of depressive symptoms was more strongly connected with the high level of instrumental and emotional social support. There was no association between the intensity of suicidal thoughts and use of social support. With the increase in suicidal thoughts the acceptance and planning deteriorated, while no such link was found for depression.

#### Discussion.

The analysis of the survey results showed a significant increase in depressive symptoms over the whole period of the study, as well as the increase in intensity of suicidal ideation in the end of the study. Interestingly, the US research in June, which studied the influence of the COVID-19 pandemic on suicidal ideation, yielded very similar results, and the authors note that approximately twice as much respondents reported serious suicidal intents, as compared to 2018 (10.7% vs. 4.3%) [26]. At the start of our study, the frequency of serious intents was 4.5%, as compared to 9.9% in the end.

Таблица 3 / Table 3

Связь депрессивной симптоматики и мыслей о суициде с копинг стратегиями (корреляции по Спирмену)

The correspondence of depressive symptoms and suicidal thoughts with coping strategies (Spearman's correlations)

Опросник COPE COPE Inventory	Депрессия Depression	Мысли о суициде Suicidal thoughts
Положительное переформулирование Positive reinterpretation	-0,211**	-0,186**
Мысленный уход Mental disengagement	0,384**	0,122*
Концентрация на эмоциях Focus on emotions	0,442**	0,167**
Использование инструментальной поддержки Instrumental social support	0,174**	
Активное совладание Active coping	-0,184**	-0,176**
Отрицание Denial	0,253**	0,159**
Юмор Humor	-0,167**	-0,109*
Поведенческий уход от проблемы Behavioral disengagement	0,282**	0,170**
Эмоциональная социальная поддержка Emotional social support	0,151**	
Использование успокоительных Substance use	0,385**	0,304**
Принятие Acceptance		-0,116*
Планирование Planning		-0,202**

Примечания / Notes: \*p<0,05; \*\*p<0,01

Обсуждение результатов.

Анализ результатов опроса показал значимый рост депрессивной симптоматики на протяжении всего опроса и рост выраженности суицидальных идей в конце опроса. Интересно, что исследование, проведённое в США в июне, в котором изучается влияние пандемии COVID-19 на суицидальные идеи, даёт очень близкие показатели, авторы отмечают, что примерно вдвое больше респондентов сообщили о серьёзных суицидальных намерениях, чем это было в 2018 году (10,7% против 4,3%) [26]. В нашем исследовании в начале опроса частота серьёзных намерений была 4,5% и 9,9% в конце опроса.

Рост выраженности суицидальных мыслей отстает по времени от роста депрессивной симптоматики. Вероятно, суицидальные идеи появляются или усиливаются не сразу, а как отложенный эффект стресса. Возможный отложенный эффект COVID-19 для психического здоровья, включая суицидальное поведение, отмечается и в других исследованиях, подчёркивается, что последствия могут сохраняться в течение длительного времени и достигать пика позже, чем сама пандемия [14].

The increase in intensity of suicidal thoughts lags behind in time from the increase in depressive symptoms. It is likely that suicidal ideation appears or strengthens not at once, but as a delayed effect of stress. The possible delayed effect of the COVID-19 on mental health, including suicidal behavior, is noted in other studies, and it is emphasized that the implications may linger for a long time and reach a peak after the pandemic itself [14].

Depressive symptoms grow throughout the study and are associated with an increase in the immediate threat of the pandemic – the contraction of the coronavirus disease by close others, with fears of getting sick and dying, with the fear for close others, with the presence (or suspicion of presence) of somatic conditions. The increase in suicidal thoughts is manifested not only in the fact that the number of people with such thoughts increases, but also in intensity of such thoughts. It is likely that suicidal thoughts strengthen during the pandemic in those people, who were in the risk group even before the COVID-19, and during the pandemic the intensity of their thoughts increased.

The increase in suicidal thoughts, as well as in depressive symptoms, is associated with non-constructive coping strategies (mental disengagement, focus on emotions, denial, etc.), and, in contrast to depressive symptoms, with lower acceptance and planning.

The association of depressive symptoms with the appearance of the disease in the close circle, with fears for one's own life and lives of significant others, with worries about finances and somatic health, with the amount of protection methods implemented, shows that depressive symptoms are linked with concrete, 'objectified' threats and fears, and respondents with depressive symptoms understand, what it is exactly that they fear, the source of their anxiety, and try undertake measures for their safety, seek for support.

The intensity of suicidal thoughts does not depend on fears and attempts of protection, but is linked with the higher level of anxiety. It is likely that suicidal thoughts intensify with the absence of a concrete threat, with the

Депрессивная симптоматика растёт на протяжении всего исследования и связана с ростом непосредственной угрозы пандемии – появлением больных коронавирусом в ближнем окружении, со страхами заболеть и умереть, со страхом за близких, с наличием (или подозрением в наличии) соматических заболеваний. Рост мыслей о суициде проявляется в том, что увеличивается не столько количество людей, у которых бывают такие мысли, а степень выраженности этих мыслей. Вероятно, суицидальные мысли усиливаются на фоне пандемии у людей, которые и до появления COVID-19 были в группе риска, и во время пандемии выраженность этих мыслей возросла.

Повышение суицидальных мыслей, как и увеличение депрессивной симптоматики, связано с неконструктивными копингами (мысленным уходом, концентрацией на эмоциях, отрицанием и др.), и в отличие от депрессивной симптоматики, со сниженной способностью к принятию и планированию.

Связь депрессивной симптоматики с появлением заболевших знакомых, со страхами за свою жизнь и жизнь близких, с обеспокоенностью своим материальным положением и своим соматическим здоровьем, с количеством способов защиты показывает, что депрессивная симптоматика связана с тем, что угрозы и страхи конкретны, «объективированы», респонденты с депрессивной симптоматикой понимают, чего именно они боятся, с чем связана их тревога, стараются что-то делать для своей безопасности, ищут поддержку.

Выраженность суицидальных мыслей не зависит от страхов и попыток что-то делать для своей безопасности, при этом связана с более высоким уровнем тревоги. Возможно, суицидальные мысли усиливаются при отсутствии конкретной угрозы, при невозможности «объективировать» свои страхи, найти объяснение своей тревоге в текущей ситуации, «неопределённости» угрозы. Влияние неопределённости на риск суицидального поведения отмечают и другие исследователи, так в исследовании экономической неопределённости [36] показано, что резкий скачок ежедневной экономической неопределённости приводит к немедленному росту самоубийств. Неопределённость может повышать суицидогенное действие других факторов [15]. Непонимание причины своих страхов и тревоги может усиливаться неконструктивным копингом – снижением способности к планированию, так как планирование способно снизить субъективное ощущение неопределённости.

Если при росте депрессивной симптоматики наблюдается рост копинг стратегий, связанных с поиском социальной поддержки, при суицидальных мыслях не выявлено такой связи. Это может быть связано с трудностями поддерживать социальные контакты и усиливать ощущение одиночества, ряд исследований показывает, что социальная изоляция и ощущение одиночества связаны с суицидальными идеями и поведением [21, 22].

Так как неопределённость угрозы не даёт возможность дать ей рациональное объяснение, найти материальное воплощение, могут быть трудности принятия ситуации, и суицид может рассматриваться как один из способов выхода из сложной ситуации, когда «смерть» воспринимается как освобождение от страданий и мучений, переносимых в жизни

inability to ‘objectify’ fears, to find an explanation for own anxiety in a current situation, with the ‘uncertainty’ of a threat. The influence of uncertainty on the risk for suicidal behavior is noted by other researchers, for example, the study of economic uncertainty [36] showed that the sudden jump in daily economic uncertainty leads to immediate increase in suicides. Uncertainty can also increase other risk factors for suicide [15]. Failure to understand the causes of own fears and anxieties can be amplified by a non-constructive coping strategy – the reduced planning ability, as planning can lower the subjective sense of uncertainty.

While the increase in depressive symptoms is seen to be accompanied by the increase in coping strategies associated with search for social support, there is no such link with suicidal thoughts. It may be due to the difficulties in maintaining social contacts and the strengthening of feeling of loneliness, as a number of studies show that social isolation and feeling of loneliness are linked with suicidal ideation and behavior [21, 22].

As far as uncertainty of a threat does not allow to ascribe it a rational explanation, to find a material realization, it may be difficult to accept the situation, and suicide may be viewed as one of the ways to escape the difficult situation, when ‘death’ is perceived as a liberation from life sufferings and turmoil [37]. Along with that, the link between the intensity of suicidal ideation and the increased willingness to take risks, as well as the absence of reduced activity, strengthen the risk of suicidal behavior. And the reduced planning leads to impulsive, reckless decisions.

Another ‘invisible’ risk factor of suicidal ideation may be the increased sensitivity to constraints. This factor is extensively described by various researchers and clinicians. Thus, E. Shneidman describes it through the desire to control everything and intolerance of the situation, when one is left at the mercy of other people or circumstances and feels powerless in front of them [38]. Such personal traits may be attributed to narcissistic personality disorder, which is known to have a marked suicidal risk [39]. The frame-

[37]. При этом связь выраженности суицидальных идей с ростом готовности к риску и одновременное отсутствие снижения активности повышают риск суицидального поведения. А снижение «планирования» приводит к импульсивным необдуманным решениям.

Ещё одним «невидимым» фактором риска роста суицидальных идей может быть повышенная чувствительность к имеющимся ограничениям. Этот фактор с разных сторон описывается многими исследователями и клиницистами. Так, Э. Шнейдман описывает его через стремление всё контролировать и непереносимость для человека ситуации, когда он находится во власти других людей или обстоятельств и ощущает бессилие перед ними [38]. Такие личностные особенности можно отнести к нарциссическому расстройству, для которого отмечается повышенный суицидальный риск [39]. Но в рамках нашего исследования гипотеза о личностных особенностях не рассматривалась и может быть направлением дальнейших исследований.

При анализе роста депрессивной симптоматики явно видна значимость других людей как в ощущении опасности ситуации пандемии, так и в способах совладания с тревогой. Рост депрессивной симптоматики связан с переживанием о других людях, с появлением заболевших людей рядом, приводит к увеличению используемых способов защиты, которые как известно защищают в первую очередь других людей. Способы справиться со стрессом также ориентированы на других людей – при высоком уровне депрессивной симптоматики растёт потребность в социальной поддержке. При росте суицидальных идей «другие» люди не влияют на ощущение опасности, отсутствуют переживания за них, а способы совладания с ситуацией также не связаны с другими.

**Выводы.**

Несмотря на то, что депрессивная симптоматика является важным фактором суицидального риска, наше исследование показало, что во время пандемии COVID-19 рост депрессивной симптоматики и суицидальных мыслей обусловлены разными факторами.

Рост депрессивной симптоматики связан с различными страхами и опосредован неконструктивными способами совладания со стрессом. Однако присутствуют и конструктивные копинг стратегии – поиск поддержки.

Выраженность мыслей о суициде растёт на фоне пандемии COVID-19 и связана с высоким уровнем стресса, который не объясняется «объективной» угрозой заражения и страхами за свою жизнь и жизнь близких, а переживается ими как «неопределённая» тревога, вероятно связанная с мерами противодействия пандемии – ограничениями социального взаимодействия, одиночеством, неопределённостью.

Увеличение показателей депрессивной симптоматики связано с ориентацией на «другого» человека, а выраженность суицидальных идей никак с этим не связана. Дальнейшим направлением исследования может быть изучение связи выраженности суицидальных идей во время пандемии с личностными особенностями и социальной перцепцией.

*Ограничения исследования:* несбалансированность выборки по полу; ограничения, касающиеся методов самоотчёта; относительно небольшой процент людей с суицидальными идеями в общей выборке.

work of our study did not allow posing a hypothesis about personal traits, so it may become a question for further study.

The analysis of increase in depressive symptoms clearly shows the importance of other people, both in the feeling of danger in the situation of pandemic, and in the ways to cope with anxiety. The increase in depressive symptoms is linked with worries for other people, with contraction of the disease in the close circle, and leads to an increase in implemented protection methods, which, as is known, protect other people, in the first place. The ways to cope with stress are also oriented to others, as with an increase in depressive symptoms the need for social support grows. With an increase in suicidal ideation, 'others' have no impact on the feeling of danger, there is no worry for them, and the ways of coping with the situation also have no link with other people.

**Conclusion.**

Though the depressive symptoms are an important suicide risk factor, our study showed that during the COVID-19 pandemic the increase in depressive symptoms and suicidal ideation is determined by different factors.

The intensity of suicidal thoughts grows during the COVID-19 pandemic and is associated with the high level of stress, which is not explained by an 'objective' threat of contagion and fears for own life and lives of others, but is felt as an 'uncertain' anxiety, probably associated with the measures to counter the pandemic – with restrictions on social interactions, loneliness, uncertainty.

The increase in depressive symptoms is associated with orientation to 'another' person, while the intensity of suicidal thoughts has no link with it.

The further direction of the research may be a study of the link between the intensity of suicidal ideation during the pandemic, personality traits and social perception.

*Limitations of the study:* unbalanced sample by gender; limitations of self-report methods; relatively low percentage of people with suicidal ideation in general sample.

## Литература / References:

- Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H. et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7 (6): 547-560. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1
- ВОЗ. Психическое здоровье и COVID-19 [WHO. Mental health and COVID-19]. URL: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/mental-health-and-covid-19>
- Wang C., Pan R., Wan X. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17 (5). DOI: 10.3390/ijerph17051729
- Huang Y., Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*. 2020; 288: 112954. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112954
- Cellini N., Canale N., Mioni G. et al. Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *J of Sleep Research*. 2020, e13074. DOI: 10.1111/jsr.13074
- Odrizola-González P., Planchuelo-Gómez Á., Irurtia-Muñiz M.J. et al. Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 crisis and confinement in the population of Spain, 2020. DOI: 10.31234/osf.io/mq4fg
- Sonderskov K.M., Dinesen P.T., Santini Z.I. et al. The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatr*. 2020; 32 (4): 226-228. DOI: 10.1017/neu.2020.15
- Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Медведева Т.И. и др. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19. *Психолого-педагогические исследования*. 2020; 12 (2): 108-126. [Enikolopov S.N., Boyko O.M., Medvedeva T.I., etc. Dynamics of psychological reactions at the initial stage of the COVID-19 pandemic. Psychological and pedagogical research. 2020; 12 (2): 108-126.] (In Russ) DOI: 10.17759/psyedu.2020120207
- Pancani L., Marinucci M., Aureli N. et al. Forced social isolation and mental health: A study on 1006 Italians under COVID-19 quarantine, 2020. DOI: 10.31234/osf.io/uacfj
- Vindegard N., Benros M.E. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.048
- Gunnell D., Appleby L., Arensman E. et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7 (6): 468-471. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M. et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009; 374 (9686): 315-323. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7
- de Berker A.O., Rutledge R.B., Mathys C. et al. Computations of uncertainty mediate acute stress responses in humans. *Nat Commun*. 2016; 7: 10996. DOI: 10.1038/ncomms10996
- Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM*, 2020, 113(10), 707-712. DOI: 10.1093/qjmed/hcaa202
- Martin R.L., Smith N.S., McGrew S.J. et al. Aggressive Worriers: How Aggression Moderates the Association between Intolerance of Uncertainty and Suicidal Desire Constructs. *Arch Suicide Res*. 2019; 1: 20. DOI: 10.1080/13811118.2019.1689877
- Zerach G., Levi-Belz Y. Intolerance of Uncertainty Moderates the Association Between Potentially Morally Injurious Events and Suicide Ideation and Behavior Among Combat Veterans. *J Trauma Stress*. 2019; 32 (3): 424-436. DOI: 10.1002/jts.22366
- Demirtas A.S., Yildiz B. Hopelessness and perceived stress: the mediating role of cognitive flexibility and intolerance of uncertainty. Dusenun Adam *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2019; 32 (3): 259-267. DOI: 10.14744/DAJPNs.2019.00035.
- Zhang J. Теория суицидального напряжения. Сообщение I. *Суицидология*. 2020; 11 (2): 118-134. [Zhang J. The Strain Theory of Suicide. Part I. *Suicidology*. 2020; 11 (2): 118-134.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-118-134
- Yao H., Chen J.H., Xu Y.F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7 (4): e21. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30090-0
- Durkheim E. *Le suicide; étude de sociologie*. Paris: F. Alcan, 1897. XII, 462 p.
- Calati R., Ferrari C., Brittner M. et al. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *J Affect Disord*. 2019; 245: 653-667. DOI: 10.1016/j.jad.2018.11.022
- Stravynski A., Boyer R. Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide Life Threat Behav*. 2001; 31 (1): 32-40. DOI: 10.1521/suli.31.1.32.21312
- Hawkey L.C., Cacioppo J.T. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010; 40 (2): 218-27. DOI: 10.1007/s12160-010-9210-8
- Wasserman I.M. The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910-1920. *Suicide Life Threat Behav*. 1992; 22 (2): 240-254.
- Yip P.S., Cheung Y.T., Chau P.H. et al. The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*. 2010; 31 (2): 86-92. DOI: 10.1027/0227-5910/a000015
- Czeisler M.E., Lane R.I., Petrosky E. et al. Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic – United States, June 24-30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020; 69 (32): 1049-1057. DOI: 10.15585/mmwr.mm6932a1
- Dsouza D.D., Quadros S., Hyderabadwala Z.J. et al. Aggregated COVID-19 suicide incidences in India: Fear of COVID-19 infection is the prominent causative factor. *Psychiatry Res*. 2020; 290: 113145. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113145
- Freeman L. *Fight against fears*. New York: Continuum, 1988. 352 p.
- Bauer R.L., Chesin M.S., Jeglic E.L. Depression, delinquency, and suicidal behaviors among college students. *Crisis*. 2014; 35 (1): 36-41. DOI: 10.1027/0227-5910/a000226
- Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: М, 1988. 263 с. [Nuller Yu. L., Mikhalenko I. N. Affective psychoses. L.: M, 1988. 263 p.] (In Russ)
- Mann J.J., Apter A., Bertolote J. et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294 (16): 2064-74. DOI: 10.1001/jama.294.16.2064
- Derogatis L.R., Spitzer R.L. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In: Maruish M.E. (Eds), *Handbook of psychological assessment in primary care settings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2000. P. 297-334.
- Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с. [Tarabrina N.V. Practicum on the psychology of post-traumatic stress. Saint Petersburg: Piter, 2001. 272 p.] (In Russ)
- Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989; 56 (2): 267-83. DOI: 10.1037//0022-3514.56.2.267
- Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE. *Психология. Журнал высшей школы экономики*. 2013; 10 (1): 82-118. [Rasskazova E.I., Gordeeva T.O., Osin E.N. Coping strategies in the structure of activity and self-regulation: psychometric characteristics and possibilities of applying the COPE technique. *Psychology. Journal of the higher school of Economics*. 2013; 10 (1): 82-118.] (In Russ)
- Vandoros S., Avendano M., Kawachi I. The association between economic uncertainty and suicide in the short-run. *Social Science & Medicine*. 2019; 220: 403-410.
- Казьмина О.Ю., Ениколопов С.Н., Медведева Т.И. и др. Прогноз суицида при депрессии. *Вопросы психологии*. 2015; 3: 38-48. [Kazmina O. Yu., Enikolopov S. N., Medvedeva T. I., etc. Prognosis of suicide in depression. *Question of psychology*. 2015; 3: 38-48.] (In Russ)
- Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. 315 с. [Shneidman E. S. The soul of suicide. Moscow: Smysl, 2001. 315 p.] (In Russ)
- Ronningstam E., Weinberg I., Goldblatt M. et al. Suicide and self-regulation in narcissistic personality disorder. *Psychodynamic Psychiatry*. 2018; 46 (4): 491-510. DOI: 10.1521/pdps.2018.46.4.491

**THE DYNAMICS OF DEPRESSIVE SYMPTOMS AND SUICIDAL IDEATION DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN RUSSIA**

T.I. Medvedeva, S.N. Enikolopov,  
O.M. Boyko, O.Yu. Vorontsova

Mental Health Research Centre, Moscow, Russia:  
medvedeva.ti@gmail.com

**Abstract:**

The COVID-19 pandemic may bear serious consequences for mental health, such as the increase in psychopathological symptoms, including suicidal ideation and autoaggressive actions. In our study, depressive symptoms and suicidal ideation were viewed as two separate characteristics, which, during the pandemic, may be influenced by different factors. Study objective: analysis of the increase in depressive symptoms and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic in Russia. Materials and methods. The materials for the study were the data from an anonymous internet survey, conducted during the period of March, 22 – June, 22, 2020. The survey included information on sociodemographic indicators and questions on how respondents assess their conditions during the pandemic; there was also a question on whether they were recently bothered by the thoughts of killing themselves. The following questionnaires were used: Symptom Check List 90-Revised (SCL-90-R) and the COPE Inventory. Statistical processing was performed with the SPSS program. Results: Nine hundred eight responses were received. The analysis showed a statistically significant positive correlation between the intensity of suicidal thoughts and severity of depressive symptoms according to the SCL-90-R (Spearman's coefficient 0.45;  $p < 0.001$ ). The analysis found a statistically significant growth trend in depressive symptoms as the pandemic progressed (Jonckheere - Terpstra test, Std. J-T stat. = 2.51,  $p = 0.012$ ), and the increase in frequency of suicidal thoughts that were expressed as 'strong' and 'very strong' in the last period of time (Fisher's Exact Test, 5.92,  $p = 0.046$ ). The correlation analysis showed that the severity of depression is higher in women and younger respondents, and statistically significantly associated with the current situation of the pandemic: it is increased with the emergence of the virus in the city of residence, with the contraction of disease among friends, with increasing fears of getting sick and die, with the presence of various somatic diseases in respondents, and the number of methods used for protection from the infection. The intensity of suicidal ideation was not associated with the risk of contagion, with the presence of ill persons among the close others, with the fears for the self and close others, but was linked to the higher proneness to risk, was higher in males and younger respondents. Along with that, the severity of depressive symptoms was linked to the higher level of search for emotional, social and instrumental help as a coping strategy. With the growing frequency of suicidal thoughts, the acceptance and planning deteriorated. Conclusions: The increase in depressive symptoms and suicidal thoughts is determined by different factors. The increase in depressive symptoms is associated with various fears and mediated by non-constructive ways of coping with stress. But there are also constructive coping-strategies present, such as the search for help. The intensity of suicidal thoughts increases during the COVID-19 pandemic and is associated with the higher levels of stress, which cannot be explained by the 'objective' threat of contagion and fears for own life or lives of significant others, but is experienced as an 'indefinite' anxiety, supposedly linked to the measures to counter the pandemic, such as the restrictions on social interactions, loneliness, uncertainty. The increase in indices of depressive symptoms is linked with the orientation to another person, while the severity of suicidal ideation has no correlation with that.

**Keywords:** COVID-19, SARS-COV-2, depression, suicidal ideation, coping-strategies

**Вклад авторов:**

T.I. Medvedeva: формулировка концепции и структуры исследования, написание и редактирование текста статьи;

S.N. Enikolopov: написание и редактирование текста рукописи;

O.M. Boyko: анализ литературы, получение данных для анализа, статистическая обработка и анализ результатов исследования, написание текста статьи;

O.Yu. Vorontsova: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;

**Authors' contributions:**

T.I. Medvedeva: formulation of the concept and structure of the study, article writing and correcting;

S.N. Enikolopov: article writing, article editing;

O.M. Boyko: reviewing relevant publications, empirical research, statistical data processing, article writing;

O.Yu. Vorontsova: reviewing of publications of the article's theme; article writing, article editing.

**Финансирование:** Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ 20-013-00129.

**Financing:** The study was supported by RFBR grant 20-013-00129.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 21.09.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 29.10.2020.

Для цитирования: Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю. Анализ динамики депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19 в России. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 3-16. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-3-16

For citation: Medvedeva T.I., Enikolopov S.N., Boyko O.M., Vorontsova O.Yu. The dynamics of depressive symptoms and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic in Russia. *Suicidology*. 2020; 11 (3): 3-16. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-3-16



## ПОСТГОМИЦИДНЫЕ САМОУБИЙСТВА В ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

А.В. Голенков

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

### POSTHOMICIDAL SUICIDE IN FICTION LITERATURE

A.V. Golenkov

I.N. Ulianov 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: (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

Постгомицидные самоубийства (ПГСУ) довольно редко встречающееся явление в жизни. Несмотря на это оно представлено в произведениях культуры, в частности имеются работы, описывающие ПГСУ в скульптуре и оперных постановках. Цель исследования: найти случаи ПГСУ в русскоязычной художественной литературе и провести сравнительный анализ с научными публикациями. Материалы и методы. Рассмотрено 10 литературных текстов, опубликованных на русском языке в 1880-2013 гг. (романы – 6, рассказы – 2, повесть – 1, поэма – 1); в девяти случаях это были завершённые ПГСУ, в одном – попытка. Результаты. Чаще всего ПГСУ встречались в детективах известных зарубежных писателей (А. Кристи, Ж. Сименон, Р. Стаут), переведённых на русский язык, хотя предметом расследования они являлись в трёх произведениях (в двух случаях как состав преступления и в одном как возможный сюжет). В отечественной литературе ПГСУ описывались крайне редко, несмотря на массу современных исследований по художественной танатологии в России. По нашим данным, самыми информативными из российских авторов являются произведения Ф.М. Достоевского, которого по праву можно считать не только выдающимся психопатологом среди писателей, но и непревзойдённым суицидологом. Согласно классификации, в девяти текстах обычно описывались супружеские (партнёрские), либо семейные ПГСУ, число погибших, как правило, двое. Во временные критерии ПГСУ (24-72 часа) укладывались в семи случаях из девяти. Наличие связи убийства и самоубийства позволили нам квалифицировать ещё два ПГСУ как самоубийство, совершённое после убийства. Агрессоры чаще были младше своих жертв, возможно, за счёт отсутствия детских ПГСУ, в четырёх случаях из девяти их совершали женщины и происходили они вне дома. Самым частым способом убийств и самоубийств было огнестрельное оружие, их совпадение встречалось в пяти случаях. Психическими расстройствами страдали четыре агрессора (психоз, эпилепсия, депрессия, злоупотребление алкоголем) и три жертвы (психоз, два случая злоупотребления алкоголем), суицидальные мысли и намерения имели четыре убийцы; в алкогольном опьянении находились соответственно – два и четыре героя произведений. В художественных текстах поднимаются многие актуальные научно-практические вопросы: редкий способ ПГСУ (автокатастрофа агрессора и жертвы), трагическая гибель близких, неравный брак и домашнее насилие как факторы убийств и самоубийств, стигматизация (самостигматизация) и посттравматические стрессорные расстройства у детей участников ПГСУ, мотивы ПГСУ у подростков и их профилактика; «идеальное убийство» и «идеальный способ убийства». Заключение. ПГСУ в литературе описываются довольно реалистично, что можно использовать в научно-практических и учебно-методических целях.

*Ключевые слова:* постгомицидные самоубийства (критерии, факторы, мотивы, половозрастные группы, место и орудия убийств / самоубийств), произведения художественной литературы, профилактика

Постгомицидные самоубийства (ПГСУ) редко встречающееся криминальное явление [1]. Несмотря на это оно представляет определённый интерес для самого

Posthomicidal suicide (PHSU) is a rare criminal phenomenon [1]. Despite this, it is of certain interest for the widest circle of special-

широкого круга специалистов различных отраслей науки, в первую очередь, психиатров, психологов, судебных медиков, криминалистов, социологов и др. [2-4]. На сегодняшний день доказано, что ПГСУ отличается и от обычных убийств, и от самоубийств, поэтому их трудно прогнозировать и предупреждать [5]. Ряд нерешённых вопросов остаётся и в определении критериев квалификации ПГСУ, регистрации и распространённости случаев на уровне страны и её регионов, в половозрастных группах населения, различных детерминантов ПГСУ [6-10].

ПГСУ привлекают внимание журналистов, очевидно, в силу сенсационности такого материала для общества. Их сообщения в средствах массовой информации неоднократно служили предметом изучения для психиатров: адекватность, полнота и избирательность описания, влияния участников ПГСУ на контент статьи (с учётом пола, возраста, наличия соматоневрологической патологии и психических расстройств, жертв и агрессоров, оружия / орудий совершения и др.) [11-14].

Самоубийства являются предметом отражения в искусстве [15]. Больше всего работ относится к их исследованию в художественной литературе [16, 17]. Так, было изучено суицидальное поведение (СП) в баснях Эзопа [18], в сказках некоторых народов мира [19], трактатах историка Геродота [20], современной зарубежной [16, 17] и отечественной художественной литературе [3, 21, 22]. В результате удалось установить, что СП встречалось в глубокой древности (в 600 г. до нашей эры), среди различных слоев населения, зачастую никак не связано с психическими расстройствами, а обусловлено многими социально-психологическими факторами [18]. Самые разнообразные проявления СП неоднократно описываются в произведениях таких отечественных писателей, как Ф.М. Достоевский, И.С. Тургенев, Л.Н. Толстой, И.А. Бунин, А.П. Чехов, В.В. Набоков, Л.Н. Андреев, поэты – Н.А. Некрасов, А.А. Фет, А.А. Блок, А. Белый и др. Психопатологическое обсуждение героев ряда произведений представлено в [3, 21, 22, 23-27]. Описание ПГСУ мы обнаружили в опере (в 12 операх из 337, написанных в течение 400 лет) [28] и скульптуре [Галл, убивающий свою жену и себя (мраморный подлинник хранится в Национальном музее Рима), 29]. Однако анализ ПГСУ в художественной русскоязычной литературе нам не встретился.

Цель исследования: найти случаи ПГСУ в русскоязычной художественной литературе и провести их сравнительный анализ с данными научных публикаций.

Материалы и методы.

В анализ включено 10 литературных текстов (табл. 1), опубликованных на русском языке в 1880-2013 гг. (6 романов, 2 рассказа, 1 повесть, 1 поэма); в девяти случаях это были завершённые ПГСУ, в одном – попытка. Для их сопоставления использовались научные данные, обобщённые в обзоре [30].

ists in various branches of science, primarily psychiatrists, psychologists, forensic doctors, forensic scientists, sociologists, etc. [2-4]. To date, it has been proven that PHSU differs from both ordinary murders and suicides, therefore it is difficult to predict and prevent them [5]. A number of unresolved issues remain open in terms of the definition of criteria for PHSU qualification, registration and prevalence of cases at the level of the country and its regions, age and gender groups of the population, and various determinants of PHSU [6-10].

PHSU attracts attention of journalists, apparently due to the sensationalism of such material for society. Such messages in the media have repeatedly served as subjects of study for psychiatrists: the adequacy, completeness and selectivity of the description, the influence of the participants of the the content of the article (taking into account gender, age, the presence of somatoneurological pathology and mental disorders, victims and aggressors, weapons / instruments of commission, etc.) [11-14].

Suicide is often reflected in art [15]. Most of the works are related to their research in fiction [16, 17]. For example, suicide behavior (SB) was studied in the Aesop fables [18], in folk tales [19], Herodotus the historian treatises [20], modern foreign [16, 17] and domestic fiction [3, 21, 22]. As a result, it was possible to establish that SB was found in ancient times (in 600 BC), among various population strata, often not associated with mental disorders in any way, but caused by many socio-psychological factors [18]. The most diverse manifestations of SB are repeatedly described in the works of such national writers as F.M. Dostoevsky, I.S. Turgenev, L.N. Tolstoy, I.A. Bunin, A.P. Chekhov, V.V. Nabokov, L.N. Andreev, poets N.A. Nekrasov, A.A. Fet, A.A. Blok, A. Belyi and others. A psychopathological discussion of the characters of a number of works is presented in the following works [3, 21, 22, 23-27]. We found a description of the PHSU in opera (12 out of 337 operas written over 400 years) [28] and sculpture [Gallus killing his wife and himself (the marble original is kept in the National Museum of Rome), 29]. However, we did not come across an analysis of PHSU in Russian-language fiction.

Aim of the study: to find cases of PHSU in the Russian-language fictional literature and to carry out their comparative analysis with the data of scientific publications.

Materials and methods.

The analysis includes 10 literary texts (Table 1) published in Russian during 1880-2013. (6 novels, 2 short stories, 1 narrative, 1 poem); in nine cases these were completed PHSs, in one it was an attempt. To compare them, we used scientific data summarized in the review [30].

Таблица 1 / Table 1

Художественные произведения по постгомицидным самоубийствам на русском языке  
Fiction on posthomicidal suicide in Russian

Автор Author	Название произведения Title of the work	Год Year	Вид ПГСУ Type of PHS	Произведение Work
Достоевский Ф.М. Dostoevsky F.M.	Братья Карамазовы The Brothers Karamazov	1880	Семейное Family	Роман Novel
Иванов К.В. Ivanov K.V.	Нарспи Narspi	1908	Супружеское Spousal	Поэма Poem
Шолохов М.А. Sholokhov M.A.	Родинка The Mole	1924	Семейное Family	Рассказ Short story
Стаут Р. Stout Rex T.	Фер-де-Ланс Fer-de-Lance	1934	Семейное Family	Роман Novel
Сименон Ж. Simenon G.J.	Баржа с двумя повешенными The Barge with Two Hanging Bodies	1936	Супружеское Spousal	Рассказ Short Story
Кристи А. Christie A.	Смерть на Ниле Death on the Nile	1937	Партнерское Affiliate	Роман Novel
Кристи А. Christie A.	Слоны умеют помнить Elephants Can Remember	1972	Семейное Family	Роман Novel
Гибсон Р. Gibson R.	Влюбленная в тебя Tangled Up In You	2007	Супружеское Spousal	Роман Novel
Кинг С. King S.	1922	2010	Супружеское Spousal	Повесть Narrative
Квик М. Quick M.	Прости меня, Леонард Пикок Forgive Me, Leonard Peacock	2013	Намерение Intention	Роман Novel

Особое внимание уделялось особенностям деликта (совершенное в алкогольном опьянении, место совершения, способ убийства и самоубийство, число жертв, наличие психических расстройств у преступника и его жертв, вероятные причины убийства и самоубийства).

Приведём вкратце содержание произведений с ПГСУ, они расположены в хронологическом порядке их написания и публикации. С полными текстами читатели могут ознакомиться в библиотеках, часть текстов размещено в Интернете, как и предложения об их заказе и продаже.

Братья Карамазовы (Достоевский Ф.М.) [31]. Описывается случай отцеубийства (Ф.П. Карамазова) своим незаконнорожденным сыном П. Смердяковым (рождён от городской юродивой Лизаветы Смердящей) путём избиения (проломил голову пресс-папье). Убийство спланированное, предельно продуманное и трудно раскрываемое, дающее серьёзные подозрения в его совершении на другого сына Дмитрия Карамазова. Он неоднократно в присутствии других людей говорил, что убьёт отца, сильно ревновал его к Грушеньке, в которую был страстно влюблён, нуждался в деньгах. В день убийства по признанию самого Смердякова Ивану Карамазову «притворился в падучей ... спустился в погреб, там лег на пол и завопил. И бился, пока вынесли» [31]. После этого лежал в своей комнате (за перегородкой от других слуг) и тихо стонал, ждал, когда придет Дмитрий Федорович и убьёт

Particular attention was paid to the peculiarities of the crime (committed in alcoholic intoxication, the place of commission, the method of murder and suicide, the number of victims, offender's and victims' mental disorders, the probable reasons for the murder and suicide).

Let us go over brief summaries of the works describing PHS, they are arranged in the chronological order of their writing and publication. Readers can get acquainted with the full texts in the libraries, some of the texts are posted on the Internet, as well as offers for their order and sale.

The Brothers Karamazov (Dostoevsky FM) [31]. The story depicts a case of parricide (F.P. Karamazov) by his illegitimate son P. Smerdyakov (born from the city holy fool Lizabetha the Stinking) by beating (broke his head with a paperweight). The murder was planned, extremely thought out and difficult to solve, giving serious suspicions of its commission on Dmitry Karamazov, the other son. He regularly repeated in the presence of other people that he would kill his father, he was very jealous of him for Grushenka, who he was passionately in love with, and he constantly needed money. On the day of the murder, according to Smerdyakov's own confession to Ivan Karamazov, "he pretended to be epileptic ... went down to the cellar, lay down on the floor and yelled. And he was having a fit until they carried him out" [31]. After that he was lying in his room (behind a

отца, а он заберёт потом 3000 рублей. Однако в комнате обнаружил лежащего у стены в крови и «в бесчувствии» слугу Григория Васильевича. Тогда Смердяков схватил чугунное пресс-папье и с трёх ударов проломил голову барину (Ф.П. Карамазову), забрал деньги и положил их в дупло дерева. После этого лёг в постель и стал стонать. Разбудил тем самым домработницу Марфу, которая увидела, что случилось, стала кричать и звать людей на помощь. У Смердякова на фоне случившегося начались настоящие серийные припадки (*статус?*), с которыми он был госпитализирован в больницу. Через 1,5 месяца после убийства сознался во всём Ивану (сыну Ф.П. Карамазову), который заставлял его во всём признаться «перед судом». Не получив его одобрения, обещанных денег и иных благ, опасаясь наказания Смердяков лишил себя жизни – повесился («... у стенки на гвоздочке висит...» [31, С. 663]).

Нарспи (Иванов К.В.) [32]. Произведение (поэма) начинается с помолвки Тохтамана и Нарспи. Жених Тохтаман намного старше своей невесты, самый богатый человек в районе. «Молодые» друг друга не знают и не любят, все за Нарспи решают родители, также зажиточные люди. Нарспи же любит другого молодого парня Сетнера – односельчанина. Пока совершаются свадебные церемонии (со стороны родственников жениха и невестки) с народными гуляниями, она в знак протеста убегает с Сетнером в лес и там проводит с ним прощальную ночь. Утром их находят люди жениха, избивают Сетнера, а Нарспи отводят на свадьбу. Об этом узнаёт муж Нарспи – Тохтаман, который с первых дней начинает её нещадно избивать, используя нагайку («Он жену тиранит, бьёт» [32, С. 102]. У неё развивается депрессивное состояние (грусть, тоска, она постоянно плачет: «... сердце рвется на куски», «... тоска грызёт» [32, С. 100] и через три недели такой жизни у неё появляются суицидальные мысли – «... Опостылел белый свет», «Чем терпеть – не лучше ль руки На себя мне наложить?» [32, С. 106]). В таком депрессивном состоянии с витальной тоской и суицидальными мыслями («... сердце ноет», «Сними с сердца камень»... «Жизнь моя – полынь-трава», «Ах, зачем я не сгубила прежде бедной головы») [30, С. 106-107] убивает своего мужа, подложив отраву в пищу. После этого убегает к своему любимому Сетнеру. Однако вскоре ночью в дом её родителей залезают грабители, убивают их топором, а также оказавшегося там на крики Сетнера. Нарспи, увидев такое жестокое тройное убийство (родителей и возлюбленного), совершает самоубийство повесившись на ветле.

Родинка (Шолохов М.А.). Сюжет короткого рассказа в стиле соцреализма относится к периоду гражданской войны, бушевавшей в России в начале 20 века. Сын командира эскадрона, Николка 18 лет,

partition from the other servants) and moaned quietly waiting for Dmitry Fedorovich to come and kill his father, and then he would take 3000 rubles. However, in the room he found the servant Grigory Vasilyevich lying in blood “insensible”. Then Smerdyakov grabbed a cast-iron paperweight and broke the head of the master (F.P. Karamazov) with three blows. He took the money and put it in the hollow of the tree. After that, he went to bed and began to moan. Because of that he woke up the housekeeper Martha who saw what had happened, started crying and calling people for help. Against the background of what had happened, Smerdyakov began to have real serial seizures (status - ?), due to which he was admitted to the hospital. 1.5 months after the murder, he confessed to Ivan (the son of F.P. Karamazov), who forced him to confess in court. Not receiving his approval, the promised money and other benefits, fearing punishment, Smerdyakov deprived himself of his life – he hanged himself (“... hanging on a nail by the wall ...” [31, p. 663]).

Narspi (Ivanov K.V.) [32]. The work (poem) begins with the engagement of Tokhtaman and Narspi. The groom Tokhtaman is much older than his bride, the richest man in the area. The “young couple” do not know and do not love each other, for Narspi everything is decided by her parents, also wealthy people. Narspi, on the other hand, loves Setner a young fellow villager. While the wedding ceremonies (by the relatives of the groom and the daughter-in-law) are taking place with festivities, she runs away with Setner to the forest in protest and spends her last night with him. In the morning, the groom's men find them, beat Setner, and Narspi are taken to the wedding. Narspi's husband, Tokhtaman, finds out about this, who from the first days begins to beat her mercilessly, using a whip (“He tyrannizes, beats his wife” [32, p. 102]. She develops a depressive state (sadness, melancholy, she constantly cries: “... the heart breaks into pieces”, “... melancholy gnaws” [32, p. 100] and after three weeks of such a life she has suicidal thoughts - “... The world is hateful”, “If to endure is no better Should I lay hands on myself?” [32, p. 106]) In such a depressed state with vital longing and suicidal thoughts (“... my heart aches, “ Take away a stone from my heart “...” My life is wormwood-grass “, “ Oh, why didn't I ruin my poor head before “) [30, pp. 106-107] kills her husband by putting poison in his food. After that, she runs away to her beloved Setner. However, soon at night the robbers break into her parents' house, kill them with an ax, as well as Setner, who came there hearing their screams. Narspi, seeing such a brutal triple murder (parents and the lover), commits suicide by hanging on a tree.

борется на стороне красных с противниками новой советской власти. В одном из таких столкновений встречается со своим отцом, которого практически не знал с детства, так как тот, будучи казаком, участвовал в I Мировой войне, а потом воевал против красных, являясь атаманом банды. Отец, дождавшись, когда бегущий на него противник расстреляет обойму, зарубил шашкой своего сына Николку. Снимая с него сапоги вместе с носками, увидел «родинку с голубиное яйцо на левой ноге «выше щиколотки», по которой сразу опознал в убитом своего сына. На фоне такого потрясения от содеянного отец заплакал, достал револьвер и застрелился.

Фер-де-Ланс (Стаут Р.). Сын (Мануэль Кимболл) с целью мести за смерть матери хочет убить своего отца (Кимболла-старшего). Для этого он заказывает клюшку для гольфа, в которую встроен небольшой дротик с ядом, поражающий игрока во время игры. По случайному стечению обстоятельств в результате игры погибает друг отца, воспользовавшийся этой клюшкой. Когда преступление раскрывается в романе убийца намеренно разбивается на частном самолете, убивая себя и отца, избежав таким образом наказания за совершённые тяжкие преступления (убийства: Карло Маффеи, изготовившего клюшку, стреляющую дротиком и являющегося свидетелем, а также университетского ректора Питера Барстоу – партнера по гольфу, который оказался случайной жертвой).

Баржа с двумя повешенными (Сименон Ж.) [33]. На борту баржи, прибитой к плотине, обнаружено двое повешенных – мужчина и женщина. Как показало расследование комиссара Жюль Мегрэ («мудрого полицейского»), это сделала жена Эмма 40 лет, которая убила пьяного мужа 60 лет (задушила Артса собачьей цепью), чтобы убежать с 23-летним любовником. Но не найдя кубышку убитого с 100 тысячами франков, он бросает её, избив перед расставанием. Поэтому от отчаяния она сама вешается на барже (висит на простыне), выпив перед этим для храбрости пол литра джина («...при вскрытии тела Эммы обнаружено в её желудке то количество спиртного, которого недоставало в бутылке» [33, С. 4]). Убийство было совершено вечером примерно в четверть одиннадцатого, а самоубийство – через два-три часа. Тела находились рядом на барже: Артс висел позади каюты, «...на собачей цепи», «...за занавеской, закрывающей умывальник, нашли его жену Эмму, висящую на простыне» [33, С. 2].

Смерть на Ниле (Кристи А.). Богатая 20-летняя Линнет Риджудей выходит замуж за молодого человека (Саймона Дойла), «отбив» его у своей подруги Жаклин де Бельфорт (Джеки). Это происходит после того, как она попросила Линнет взять его к себе на работу управляющим поместьем, чтобы он смог заработать деньги на их свадьбу. Молодожёны от-

The Mole (Sholokhov M.A.). The plot of a short story in the style of socialist realism refers to the period of the civil war that raged in Russia at the beginning of the 20th century. The son of the squadron commander, Nikolka, 18 years old, is fighting on the side of the Reds against the opponents of the new Soviet regime. In one of such clashes, he meets his father, whom he practically did not know from childhood, since he, being a Cossack, participated in World War I, and then fought against the Reds, being the chieftain of the gang. The father, after waiting for the enemy running at him to shoot the clip, killed his son Nikolka with a sword. Taking off his boots and socks, he saw a "mole with a pigeon's egg on his left leg" above the ankle, "by which he immediately identified his son as the victim. Against the background of such a shock from what he had done, the father burst into tears, took out a revolver and shot himself.

Fer-de-Lance (Stout R.). The son (Manuel Kimball) wants to kill his father (Kimball Sr.) in order to avenge his mother's death. To do this, he orders a golf club with a built-in small poison dart that hits the player during the game. By coincidence, as a result of the game, a father's friend who used the club dies. When the crime is solved in the novel, the murderer deliberately crashes on a private plane, killing himself and his father, thus avoiding punishment for the serious crimes committed (Carlo Maffei who made the club that shoots a dart and is a witness, as well as university rector Peter Barstow, a golf partner who turned out to be an accidental victim are also murdered).

The Barge with Two Hanging Bodies (Simenon J.) [33]. On board a barge, nailed to the dam, two hanged men were found – a man and a woman. As shown by the investigation of Commissioner Jules Maigret ("the wise policeman"), this was done by his wife Emma, 40 years old, who killed her drunken husband 60 years old (strangled Arts with a dog chain) in order to escape with a 23-year-old lover. But not finding the dead man's moneybox with 100 thousand francs, he breaks up with her beating her before parting. Therefore, out of despair, she hangs herself on a barge (hanging on a sheet), having drunk half a liter of gin for courage before that ("... when Emma's body was examined the same amount of alcohol was found in her stomach that was lacking in the bottle" [33, p. 4]) ... The murder was committed at about a quarter past ten in the evening, and the suicide took place two or three hours later. The bodies were nearby on the barge: Arts was hanging behind the cabin, "... on a dog's chain", "... behind the curtain covering the washstand, they found his wife Emma, hanging on a sheet" [33, p. 2].

правляются в Европу, а потом в Египет, где их неотступно преследует Джеки. На пароходе «Карнак» во время семидневного путешествия по Нилу Саймон Дойл убивает свою жену выстрелом в висок, когда она спала. Джеки позднее убивает свидетелей этого преступления – горничную мадам Дойл Луизу (ножом) и миссис Оттерн (выстрелом из большого кольта). Запутанное преступление расследует детектив Эркуль Пуаро и полковник Рейс, которые раскрыли сговор влюблённых, чтобы завладеть состоянием Линнет, а также другие преступления (убийства), произошедшие на корабле во время круиза. Произведение заканчивается тем, что Джеки (Жаклин де Бельфорт) убивает из револьвера Саймона Дойла (своего любимого и убийцу своей жены), а потом и себя с целью избежать высшей меры наказания (виселицы) за содеянное.

Слоны умеют помнить (Слоны помнят долго) (Кристи А.). Детективный роман с «двойным самоубийством» по мнению полиции, в котором немолодая чета Рейвенскрафт 10-12 лет тому назад совершила самоубийство по договоренности, якобы из-за тяжёлой болезни одного из супругов. Они были найдены мертвыми на скале, недалеко от своего дома, между ними лежал револьвер, «... полиция так и не сумела объяснить, кто кого застрелил». Инициативой расследования смерти супружеской пары послужила просьба приёмной матери одного из молодых людей, собирающихся пожениться и оставить её без завещания (денег, которые она рассчитывала получить от сына). Поэтому она хотела доказать (и тем самым расстроить свадьбу), что мать невесты перед самоубийством убила отца будучи психически больной, а её дочь могла унаследовать «её дурные качества», так как наследственность такой агрессии, вероятно, передаётся по женской линии. К запутанному делу подключается детектив Эркуль Пуаро и писательница детективного жанра миссис Оливер. В итоге расследования удалось установить (в том числе со слов мадемуазель Мохор, воспитательницы детей Рейвенскрафтов, которой генерал рассказал о своих намерениях совершить «двойное самоубийство»), что сестру-близнеца жены застрелил генерал в отместку за совершённое убийство (она столкнула свою сестру-близнеца со скалы), а потом застрелился сам. Мотивом было сокрытие первого убийства и его исполнителя, месть за содеянное с последующим самоубийством. Генерал сильно страдал по случаю смерти жены, задуманное ПГСУ он совершил через 2-3 недели после её похорон.

Влюблённая в тебя (Гибсон Р.). Мать из короткоствольного револьвера 38 калибра шестью пулями убила своего мужа и его любовницу 24 лет в баре, владельцами которого они являлись. Потом, засунула пистолет в рот и застрелилась там же сама.

Примерно через 20 лет дочь убитой любовницы

Death on the Nile (Christie A.). A rich 20-year-old woman called Linnet Ridgeway marries a young man (Simon Doyle), "beating him off" his girlfriend Jacqueline de Belfort (Jackie). This happened after she had asked Linnet to give him a job as the estate manager so that he could earn money for their wedding. The newlyweds go to Europe, and then to Egypt, where Jackie relentlessly pursues them. On the steamer Karnak, during a seven-day trip down the Nile, Simon Doyle kills his wife with a shot in the temple while she was asleep. Jackie later kills witnesses of the crime – the maid Madame Doyle Louise (with a knife) and Mrs. Ottern (with a large Colt). The intricate crime is investigated by Detective Hercule Poirot and Colonel Reis, who uncovered a conspiracy of lovers to take possession of Linnet's fortune and also committed other crimes (murders) that occurred on the ship during the cruise. The work ends with Jackie (Jacqueline de Belfort) killing Simon Doyle (her beloved and the murderer of his wife) with a revolver, and then himself in order to avoid capital punishment (the gallows) for what they did.

Elephants can remember (Elephants remember for a long time) (Christy A.). A detective romance with "double suicide" in which according to police the middle-aged Reywenscraft couple agreed to commit suicide 10-12 years ago, allegedly due to a serious illness of one of the spouses. They were found dead on a rock, not far from their home, with a revolver lying between them, "... the police did not manage to explain who shot whom." The initiative to investigate the death of a married couple was put by the adoptive mother of a young man who was going to get married and leave her without a will (money that she expected to receive from her son). Therefore, she wanted to prove (and thereby prevent the wedding) that the bride's mother killed her father before committing suicide because she was mentally ill, and her daughter could inherit "her bad qualities", since the inheritance of such aggression is probably transmitted through the female line. Detective Hercule Poirot and detective writer Mrs. Oliver are involved in the complicated case. As a result of the investigation, it was possible to establish (including from the words of Mademoiselle Mochorus, a teacher of Ravenscrafts children, to whom the general told about his intentions to commit "double suicide") that the general shot his wife's twin sister in response for the murder (she pushed her twin sister off a cliff), and then shot himself. The motive was to conceal the first murder and its perpetrator, revenge for what had been done, followed by suicide. The general suffered greatly on the occasion of the death of his wife, he conceived the PHSU in 2-3 weeks after her funeral.

хочет написать книгу об этом убийстве-самоубийстве. Приезжает в город и начинает проводить расследование (встречается с шерифом, свидетелями этих событий и детьми погибших родителей). Более того с сыном убитых родителей у неё начинается любовный роман. Поднимаются вопросы жизни детей убитых родителей, их переживания, отношение к ним окружающих, сложные взаимоотношения между ними. Написанная книга с подробным анализом, произошедшей много лет тому назад трагедии, помогает взрослым детям, выросшим без родителей в какой-то степени редуцировать последствия того «стресса», последствия которого прослеживаются у них в течение всей жизни.

1922 (Кинг С.) [34]. По сюжету повести муж (Уилфред Джемс) с сыном убивают жену (мать), чтобы не продавать землю и остаться жить на ферме, а не в городе, как планировала супруга. Когда она засыпает после выпитого алкоголя они накидывают мешок ей на голову и убивают её, перерезав шею «мясницким ножом». После этого закатывают её тело в одеяло с покрывалом и сбрасывают в колодезь. Там тело находят крысы и начинают им питаться. Буквально с первых дней после убийства жены Уилфред Джемс постоянно вспоминает убитую, общается с ней, вспоминает её во сне, а также видит реальные и иллюзорно - галлюцинаторные «полчища крыс», которые преследуют его до конца жизни. Крысы несколько раз нападают на коров, кусают хозяина, некоторых они убивают с сыном. На фоне мысленных разговоров с Арлетт (убитой женой) муж-убийца испытывает обонятельные галлюцинации в виде воняющей «разлагающегося тела ... мертвой жены». Описывается эпизод, когда она «...пробралась за спину, перегнулась через плечо и постучала по ...переносице холодным, мокрым пальцем» ([34, С. 107]).

На фоне инфекционного заболевания, протекающего с высокой температурой, после укуса крысы в кисть руки, он видит на крыльце своего дома жену с «полуразложившимся лицом» со «свитой крыс», окружающих «её плотным кольцом», «...они бегают ... по ногам и щекочут лодыжки усиками...» [34, С. 118-119]. Сын Генри – соучастник убийства – позднее застрелился, после того как умерла его девушка. Муж-убийца отчётливо видит образ жены, которая приходит на похороны сына. Описанная симптоматика галлюцинаторных образов схожего содержания преследуют главного героя до конца жизни. Не выдержав этих мучительных и болезненных переживаний, через 4,5 года совершает самоубийство (умирает от кровопотери, так как «перегрыз себе вены», что «... стало причиной смерти») в номере отеля. По свидетельству детектива, обнаруживающего мистера Джеймса, «он искусал всего себя – руки, ноги, лодыжки, даже пальцы ног ... Он что-то писал, а потом

Tangled Up In You (Gibson R.). The mother killed her husband and his 24-year-old mistress with a short-barreled 38-caliber revolver with six bullets in a bar they owned. Then, she put the pistol in her mouth and shot herself in the same place.

After about 20 years, the daughter of a murdered mistress wants to write a book about this murder-suicide. She comes to the city and begins to conduct an investigation (meets with the sheriff, witnesses of these events and the children of the deceased parents). Moreover, she begins a love affair with the son of her murdered parents. The questions of the life of children of murdered parents, their experiences, the attitude of those around them, complex relationships between them are raised. A book written with a detailed analysis of the tragedy that took place many years ago helps adult children who grew up without parents to some extent reduce the consequences of the “stress”, the consequences of which can be traced throughout their lives.

1922 (King S.) [34]. According to the plot of the story, the husband (Wilfred James) and his son kill the wife/mother in order not to sell the land and stay on the farm, and not to move to the city, as she had been planning. When she falls asleep after drinking alcohol, they throw a bag over her head and kill her by cutting her neck with a "butcher's knife." After that, her body is rolled into a blanket and thrown into the well. There the body is found by rats that begin to feed on it. Literally from the first days after the murder of his wife, Wilfred James constantly remembers the murdered woman, communicates with her, remembers her in a dream, and also sees real and illusory hallucinatory “hordes of rats” that haunt him until the end of his life. Rats attack cows several times, bite the owner, the father and son kill some. While having mental conversations with Arlette (the murdered wife), the murderer husband experiences olfactory hallucinations in the form of the stench of a "decomposing body ... of the dead wife." An episode is described when she "... made her way behind his back, leaned over his shoulder and tapped on ... the bridge of his nose with a cold, wet finger" [34, p. 107].

With an infectious disease proceeding with fever, after being bitten by a rat in the hand, he sees his wife with a “half-decayed face” on the porch of his house surrounded by a “retinue of rats” “in a dense ring”, “... they run ... on their legs and tickle the ankles with antennae ...” [34, pp. 118-119]. Henry's son – an accomplice in the murder – later shot himself after his girlfriend died. The murderer husband clearly sees the image of the wife who comes to her son's funeral. The described symptoms of hallucinatory images of similar content haunt the protagonist until the end of his life. Unable to withstand

изжевал и изорвал все листы... Такое происходит с бумагой, если крысы рвут её зубами и когтями, чтобы потом строить гнезда... Он, несомненно, повредился умом» [34, С. 154].

Прости меня, Леонард Пикок (Квик М.) [35]. Произведение стоит особняком из всех выше разбираемых. В нём не совершается убийство и самоубийство. Подробно, как в никаком другом случае, описана попытка, мотивы задуманного деяния, приготовления, орудие предполагаемого деликта, переживания потенциального агрессора и самоубийцы. Это подросток мужского пола – Леонард Пикок, которому исполняется 18 лет, и он хочет в этот день застрелить из пистолета своего бывшего друга (Ашера Била), на которого накопилось много обид и претензий за его вызывающее поведение и унижающее достоинства молодого человека и других школьников школы. Убийство и последующее за ним самоубийство должны по его замыслу прославить его, поэтому он делает «натюрморт на айфоне» – «Завтрак убийцы - подростка» («миска с хлопьями и «Вальтер» рядом с ней») – «бесценный шедевр» современного искусства [35, С. 9]. Но перед этим Леонард Пикок хочет попрощаться с близкими и дорогими для него людьми, вручить памятные подарки, поговорить с ними перед смертью в последний раз. Всё как бы протекает согласно задуманного героем, однако пистолет, представленный к виску, даёт осечку («спусковой крючок не поддаётся») и лучший учитель школы, с которым у подростка близкие и душевые отношения догадывается о предполагаемом самоубийстве и не даёт его совершить, поведя себя очень профессионально с суицидологической точки зрения, оперативно и своевременно. Он совместно с подростком не только выбрасывает пистолет в реку, но и проводит эффективную профилактическую работу с потенциальным самоубийцей и его матерью, даёт рекомендации как устранить лично - психологические факторы суициды (написать «письма будущего» самому себе).

#### Обсуждение.

Описанные в художественных произведениях ПГСУ относятся к супружеским (партнерским) и семейным [30]. Наиболее используемым способом (орудием) убийств и самоубийств является огнестрельное оружие (табл. 2). Не совсем типичным для ПГСУ выглядит довольно их частое совершение женщинами, не в домашних условиях (помещениях), а на улице.

Только в Японии примерно половина преступников составили женщины [9], в остальных сообщениях агрессорами ПГСУ являются мужчины [1, 4, 30]. Сравнительно недавно проведённое исследование показало, что женщины, совершающие насилие (убийства) и являющиеся жертвами агрессии (межличностного насилия) подвержены повышенному риску смерти в результате самоубийства [36].

these painful and painful experiences, after 4.5 years he commits suicide (dies of blood loss, as he “gnawed his veins”, which “... became the cause of death”) in a hotel room. According to the testimony of the detective who discovers Mr. James, “he bit all of himself – hands, feet, ankles, even toes ... He wrote something, and then chewed and tore all the sheets ... This happens to paper if rats tear it with teeth and claws in order to build nests ... He, undoubtedly, had his mind damaged” [34, p. 154].

Forgive me Leonard Peacock (Quick M.) [35]. The work stands out of all the above works analyzed. It does not describe a murder or a suicide. In detail, unlike in other works, the novel describes the attempt, the motives of the intended act, preparations, the instrument of the alleged tort, the experiences of a potential aggressor and suicide. This is a male teenager – Leonard Peacock, who is turning 18, and he wants to shoot his former friend (Asher Beal) with a pistol that day, as he had accumulated a lot of grievances and claims for his defiant behavior and humiliating dignity of a young man and other schoolchildren. Murder and subsequent suicide, according to his plan, should glorify him, so he makes a "still life with an iPhone" – "The Breakfast of a Teenage Killer" ("a bowl of cereal and a "Walter "next to it") – "an invaluable masterpiece" of modern art [35, p. 9]. But before that, Leonard Peacock wants to say goodbye to close and dear people, to present gifts, to talk to them before his death for the last time. Everything seems to be proceeding according to the plan of the character, however, a pistol put to his temple misfires ("the trigger does not give in") and the best teacher of the school, with whom the teenager has a close and emotional relationship, guesses about the alleged suicide and does not allow him to commit it, behaving very professionally from a suicidal point of view, promptly and in a timely manner. Together with a teenager, he not only throws a pistol into the river, but also carries out effective preventive work with a potential suicide attempter and his mother giving recommendations on how to eliminate the personality and psychological factors of suicide (write "letters to the future" self).

#### Discussion.

The PHSUs described in works of fiction refer to marital (partner) and family [30]. The most used method (instrument) of murder and self-murder is firearms (Table 2). It is not quite typical for PHSU that they are quite frequent by women, not at home (indoors), but on the street.

Only in Japan, about half of the criminals were women [9], in the rest of the reports, the aggressors of the PHSU are men [1, 4, 30]. A relatively recent study has shown that women who commit violence (murder) and who are victims of aggression (interpersonal violence) are at increased risk of death as a result of suicide [36].



Таблица 2 / Table 2

Способы убийств и самоубийств, мотивы убийств, наличие ПР у героев  
Methods of murders and suicides, motives for murders, the presence of MD for heroes

Название Name	Жертва Victim	Способ убийства Method of killing	Агрессор Aggressor	Способ самоубийства Method of suicide	Мотивы убийства Motives murders	Наличие ПР The presence of MD
Братья Карамазовы The Brothers Karamazov	Отец Father	Избиение Beating	Внебрачный сын A Bastard son	Повешение Hanging	Материальные и другие выгоды Material and other benefits	Злоупотребление алкоголем жертвы, эпилепсия у агрессора Victim had alcohol abuse, aggressor had epilepsy
Нарспи Narspi	Муж Husband	Отравление Poisoning	Жена Wife	Повешение Hanging	Мсть за домашнее насилие, любовь другого Revenge for domestic violence and loving another person	Депрессия у агрессора, суицидальные мысли Aggressor had depression, suicidal thoughts
Родинка Mole	Сын Son	Холодное оружие Steel arms	Отец Father	Огнестрельное Firearms	Противостояние в период гражданской войны Confrontation during the Civil War	Злоупотребление алкоголем агрессора The aggressor's alcohol abuse
Фер-де-Ланс Fer-de-Lance	Друг отца Свидетель Отец Father's friend Witness Father	Отравление Не известно Авиакатастрофа Poisoning Unknown Plane crash	Сын Son	Авиакатастрофа Plane crash	Мсть, устранение свидетеля Revenge, elimination of the witness	Нет данных No data
Баржа с двумя повешенными The Barge with Two Hanging Bodies	Муж Husband	Удушение Strangulation	Жена Wife	Повешение Hanging	Материальные, отношения с другим мужчиной Material, relationship with another man	Злоупотребление алкоголем жертвы Victim had alcohol abuse
Смерть на Ниле Death on the Nile	Свидетель 1,2 Партнер Witness 1, 2 Partner	Холодное оружие Стрельное Steel arms Firearms	Партнерша Female Partner	Огнестрельное Firearms	Материальные, устранение свидетеля Tangible, witness elimination	Нет данных No data
Слоны умеют помнить Elephants Can Remember	Сестра жены Wife's sister	Огнестрельное Firearms	Зять Son-in-law	Огнестрельное Firearms	Мсть, уход от ответственности Revenge, avoidance of responsibility	ПР у жертвы, суицидальные намерения у агрессора Victim had MD, aggressor had suicidal intentions
Влюбленная в тебя Tangled Up In You	Муж, его любовница Husband, his mistress	Огнестрельное Firearms	Жена Wife	Огнестрельное Firearms	Ревность Jealousy	Суицидальные намерения у агрессора Suicidal intentions of the aggressor
1922	Жена Wife	Холодное оружие Steel arms	Муж Husband Сын Son	Кровопотеря Blood loss	Расстроить сделку по продаже фермы To upset a farm sale deal	Хронический психоз у агрессора Aggressor had chronic psychosis
Прости меня, Леонард Пикок Forgive Me, Leonard Peacock	Одноклассник Classmate	Намерение застрелить обидчика Intention to shoot the offender	Одноклассник Classmate	Намерение застрелиться Intention to shoot himself	Мсть за оскорбление, желание прославиться Revenge for insult (bullying), desire to become famous	Суицидальные мысли Suicidal thoughts

Смертность от самоубийств была сильно смещена в сторону первых лет после убийства. Лица, совершившие убийство, имеют очень высокий краткосрочный риск самоубийств, и этот риск сохраняется на протяжении всей взрослой жизни. Убийство является сильным предиктором самоубийств в будущем, и аналогичные биологические механизмы могут быть задействованы в насильственной преступности и суицидальном поведении [37].

Агрессоры в шести случаях младше своих жертв, методы убийств и самоубийств совпадают в пяти случаях из девяти. Самоубийства совершались сразу или через короткое время (24-72 часа) в семи случаях.

Однако тесная связь самоубийства и убийства позволяет ещё два случая отнести к ПГСУ [30]. Пожалуй, самым спорным является случай самоубийства, описанный в произведении С. Кинга (1922), совершённый через 4,5 года после деликта. Здесь, вероятно, после убийства у главного героя (Уилфред Джеймс) развивается в начале реактивное состояние, поскольку симптоматика полностью отражает события и обстановку, связанную с преступлением, убитой женой и крысами. Это укладывается в критерии реактивного состояния К. Ясперса [38]; вызывается психогенно-травмирующей ситуацией, которая отражается в клинической картине психического расстройства и содержании его симптомов.

Клиническая квалификация психических расстройств у главного героя является трудной задачей, так как указанных симптомов явно недостаточно, чтобы поставить окончательный диагноз. Констатация психотического расстройства, связанного со стрессом у главного героя, не вызывает сомнений. Другие гипотезы о психических расстройствах, на наш взгляд, будут выглядеть скорее спекулятивными рассуждениями.

У С. Кинга есть ещё одно произведение – повесть 1982 г. «Рита Хейворт и спасение из Шоушенка (Rita Hayworth and Shawshank Redemption)», в котором один из героев (Брукс Хэтлен – заключённый, работающий библиотекарем в этом лагере), как известно совершает двойное убийство (жены и дочери), отбывает длительный тюремный срок и выйдя на свободу спустя 50 лет после преступления, заканчивает жизнь самоубийством, повесившись, вырезая на стене своей комнаты «здесь был Брукс». Здесь очевидно, что говорить о ПГСУ неправомерно, поскольку отсутствует связь между убийством и самоубийством. Схожие доводы будут уместными и в случае героя романа Ф.М. Достоевского «Бесы» Николая Ставрогина, который в конце произведения совершает самоубийство, а задолго до этого убивает своего противника на дуэли. Временной критерий сразу и однозначно исключает ПГСУ, как и отсутствие корреляций между убийством и самоубийством главного героя. В научной литературе критерии ПГСУ варьируют от 24 часов до трех месяцев [30], а

The death rate from suicide was strongly biased towards the first years after the murder. Murderers have a very high short-term risk of suicide, and this risk persists throughout adulthood. Homicide is a strong predictor of future suicide, and similar biological mechanisms may be involved in violent crime and suicidal behavior [37].

The aggressors in six cases are younger than their victims, the methods of murder and suicide coincide in five cases out of nine. Suicides were committed immediately or after a short time (24-72 hours) in seven cases.

However, the close connection between suicide and homicide allows two more cases to be attributed to PHSU [30]. Perhaps the most controversial is the case of suicide described in the work of S. King (1922), committed 4.5 years after the tort. Here, probably, after the murder, the protagonist (Wilfred James) develops a reactive state at the beginning, since the symptoms fully reflect the events and environment associated with the crime, killed by his wife and rats. This fits the criteria of the reactive state of K. Jaspers [38] which is caused by a psychogenically traumatic situation and is reflected in the clinical picture of a mental disorder and the content of its symptoms.

The clinical qualification of mental disorders in the protagonist is a difficult task, since these symptoms are clearly not enough to make a definitive diagnosis. The assertion of a psychotic disorder associated with stress in the protagonist is beyond doubt. Other hypotheses about mental disorders, in our opinion, will look more like speculative reasoning.

S. King has another work – the novel of 1982 “Rita Hayworth and Shawshank Redemption”, in which one of the characters (Brooks Hatlen is a prisoner who works as a librarian in the prison) is known to commit a double murder (his wife and daughter) and is serving a long prison term. Being released 50 years after the crime, he commits suicide by hanging himself, carving “Brooks was here” on the wall of his room. Here it is obvious that it is not legitimate to talk about PHSU since there is no connection between murder and suicide. Similar arguments will be appropriate in case of Nikolai Stavrogin, the character of the novel by F.M. Dostoevsky's *The Demons*, who commits suicide at the end of the work, and long before that he kills his opponent at a duel. The temporal criterion immediately and unequivocally excludes PHS, as well as the absence of correlations between the murder and suicide of the protagonist. In the scientific literature, the criteria of the PHSU vary from 24 hours to three months [30], and sometimes even to a court decision [39].

иногда даже до решения суда [39].

П. Смердяков (внебрачный сын Карамазова) совершает самоубийство через 1,5 месяца после убийства своего отца из-за боязни признать свою вину перед судом и крушения надежд угодить Ивану. Совершённое им убийство явилось фактором, вызвавшим развитие серийных припадков (эпилептического статуса) с госпитализацией и стационарным лечением, усиление психических расстройств, способствующих аутоагрессивному поведению. Преступление, совершённое П. Смердяковым, укладывается в понятия «идеальное убийства», когда убийца уходит от наказания в связи с отсутствием доказательств его совершения (улик) за счёт детально продуманности всех своих действий и отвода от себя неоспоримых подозрений. Ф.М. Достоевского можно смело ставить в ряд писателей, которым удалось описать один из лучших образцов «идеального преступления!». Убийца хотя и уходит от неизбежного наказания, совершает самоубийство (самосуд над собой).

Согласно данным литературы, риск суицида у больных эпилепсией выше в пять раз по сравнению со здоровыми людьми. Этому у них способствует сопутствующая психическая патология, учащение припадков, их высокая частота и тяжесть, наличие стрессов [40]. Многое из вышеописанного мы наблюдаем у П. Смердякова, а также аггравацию, которая также очень характерна для больных эпилепсией [41].

В другом романе Ф.М. Достоевского «Преступление и наказание» у главного героя Родиона Раскольникова, совершившего двойное убийство, также эпизодически посещают мысли о возможности самоубийства как один из выходов из сложившегося положения. Этого не исключал и следователь Порфирий Петрович, который просит его, если он захочет в течение ближайших 40-50 часов на себя руки наложить, чтобы посмертную записку оставил с повинной. При этом В.С. Ефремов считает Р. Раскольникова человеком, кардинально отличающимся от других самоубийц - героев Ф.М. Достоевского, за счёт того, что антисуицидальных факторов у него было больше, чем аутодеструктивных [3]: Суицид для Раскольникова после совершения им убийства (как и время нахождения на каторге) теоретически допустим, но практически невозможен вследствие особенности его переживаний (гордость и доминирующая идея в его психической жизни) [3, С. 186].

Мысли о самоубийстве периодически возникают у Р. Раскольникова и в течение 1,5 лет отбывания наказания на каторге, однако его суицидальное поведение не подвержено динамике, как бы «застревает» на этапе пассивных суицидальных мыслей, до суицидальных замыслов и действий дело так и не дошло [3]. В своей книге В.С. Ефремов пишет, что Ф.М. Достоевский в черновиках романа допускал высокую возможность

P. Smerdyakov (the bastard of Karamazov) commits suicide 1.5 months after the murder of his father for fear of admitting his guilt before the court and the collapse of hopes to please Ivan. The murder he committed was a factor that led to the development of serial seizures (status epilepticus) with hospitalization and inpatient treatment, an increase in mental disorders, contributing to auto-aggressive behavior. The crime committed by P. Smerdyakov fits into the concept of "perfect murder", when the killer escapes punishment due to the lack of evidence of their involvement (evidence) due to the detailed thoughtfulness of all his actions and withdrawal of undeniable suspicions from himself. F.M. Dostoevsky can be for surely ranked highest among the writers who managed to describe one of the best examples of "perfect crime" Although the murderer escapes the inevitable punishment, he commits suicide (commits the punishment himself).

According to the literature, the risk of suicide in patients with epilepsy is five times higher than in healthy people. This is facilitated by concomitant mental pathology, increased frequency of seizures, their high frequency and severity, and the presence of stress [40]. We observe many of the above described in P. Smerdyakov, as well as aggravation, which is also very characteristic of patients with epilepsy [41].

In another novel by F.M. Dostoevsky's "The Crime and Punishment" the protagonist of Rodion Raskolnikov who committed a double murder also occasionally thinks about the possibility of suicide as one of the ways out of this situation. This was not ruled out by the investigator Porfiry Petrovich, who asks him, if he wants to lay hands on himself within the next 40-50 hours, to leave the suicide note with a confession. Moreover, V.S. Efremov considers R. Raskolnikov a person who is fundamentally different from other suicide attempters – the characters of F.M. Dostoevsky, due to the fact that he had more anti-suicidal factors than self-destructive ones [3]: for Raskolnikov a suicide after committing a murder (as well as the time spent in hard labor) is theoretically acceptable, but practically impossible due to peculiarity of his experiences (pride and the dominant idea in his mental life) [3, p. 186].

Thoughts of suicide periodically arise in R. Raskolnikov and during 1.5 years of serving a sentence in hard labor, however, his suicidal behavior is not subject to dynamics, as if "stuck" at the stage of passive suicidal thoughts, it never rose to suicidal thoughts and actions [3]. In his book V.S. Efremov writes

самоубийства Раскольникова (либо застрелиться, либо повеситься, либо попытаться утопиться), потому что первоначально не мог найти приемлемый вариант его наказания в убийстве (самооправдание). Интересно мнение автора «... в случае же завершённого (удавшегося) самоубийства сказать определённо, зачем совершён тот или иной суицид, не удаётся [3, С. 180]». Наблюдения В.С. Ефремова за выжившими убийцами (людьми, совершившими тяжкие преступления) после совершения попытки самоубийства, главным мотивом ухода из жизни является самонаказание. Весьма частой мотивацией совершения самоубийства после убийства может быть и желание избежать наказания за содеянное путём добровольного ухода из жизни [3].

Ф.М. Достоевский не только выдающийся психопатолог [23] из писателей, но и непревзойденный суицидолог [42]. Внимания специалистов, работающих в области психического здоровья, также заслуживает и другой классик русской литературы И.С. Тургенев [24, 43]. Весьма познавательный обзор русской литературы с психиатрическим контентом сделала М.А. Качаева [26], включая публикацию в *British Journal of Psychiatry* [27].

В поэме «Нарспи» интерес представляет связь неравного брака, домашнего насилия и массивного стресса с совершением ПГСУ. Указанные факторы достаточно подробно изучались учёными и представлены в научной литературе [44, 45]. Поэма переведена на английский язык профессором Эдинбургского университета Питером Франсом и издана в 2018 г. Поставлена опера в двух действиях на либретто Г. Хирбю, разные постановки спектакля исполняются с середины 50-х годов прошлого века до настоящего времени на чувашском языке (в Чувашском государственном театре оперы и балета г. Чебоксары).

В романе Р. Стаута «Фер-де-Ланс» автор затрагивает тему идеального орудия убийства – поймёт ли эксперт (криминалист, сыщик) какое орудие использовал убийца. Яд в дротике используется как незаметный способ убийства (быстро распадается, не оставляет следов). Если он не будет обнаружен, то преступление, могут квалифицировать как естественную причину смерти. Способом ПГСУ явилось крушение самолета, которое встречается очень редко [46]. Как показало исследование, оно было обнаружено в 18 случаях убийств-самоубийств, в результате которых погибло 732 человека. Пилоты совершили 13 ПГСУ. Наличие двух членов экипажа в кабине самолета потенциально защищает от совершения такого ПГСУ. Факторами СП и ПГСУ являлись юридический и финансовый кризисы, профессиональные конфликты, психические расстройства и стрессы в межличностных отношениях [46].

Тема наследственной предрасположенности к агрессивному и суицидальному поведению (ПГСУ) передающейся по женской (материнской) линии затра-

that F.M. Dostoevsky in the drafts of the novel admitted a high possibility of Raskolnikov's suicide (either to shoot himself, or to hang himself, or to try to drown himself), because at first he could not find an acceptable version of his punishment in murder (self - justification). Interesting is the author's opinion "... in the case of a completed (successful) suicide, it is impossible to say definitely why this or that suicide was committed [3, p. 180]". Observations of the surviving murderers (people who have committed serious crimes) after committing a suicide attempt by V.S. Efremov, the main motive for death is self-punishment. A very frequent motivation for committing suicide after a murder may be the desire to avoid punishment for what he did by voluntarily passing away [3].

F.M. Dostoevsky is not the only outstanding psychopathologist [23] among writers, but also a consummate suicidologist [42]. Another classic of Russian literature also deserves attention of specialists working in the field of mental health – I.S. Turgenev [24, 43]. A very informative review of Russian literature with psychiatric content was made by M.A. Kachaev [26], including publication in the *British Journal of Psychiatry* [27].

In the "Narspi" poem, the interest is in the connection of unequal marriage, domestic violence and massive stress with the commission of PHS. These factors have been studied in sufficient detail by scientists and are presented in the scientific literature [44, 45]. The poem was translated into English by a professor at the University of Edinburgh, Peter France and published in 2018. The opera was staged in two acts with the libretto by G. Khirby, different productions of the play have been performed from the mid-50s of the last century to the present in the Chuvash language (at the Chuvash State Opera and Ballet Theater in Cheboksary).

In R. Stout's novel "Fer-de-Lance" the author touches on the topic of the perfect murder weapon – whether the expert (forensic scientist, detective) will understand what weapon the killer used. The poison in the dart is used as an inconspicuous method of killing (quickly decays, leaves no traces) If it is not detected, then the crime can be qualified as a natural cause of death. The PHSU method was the plane crash, which is very rare [46]. The study showed that it was found in 18 cases of homicide-suicide, which resulted in the death of 732 people. The pilots completed 13 PHSUs. The presence of two crew members in the cockpit potentially protects against such a PHS. The factors of SB and PHSU were legal and financial crises, professional conflicts, mental disorders and stress

гивается в романе А. Кристи «Слоны умеют помнить» и служат мотивом к началу расследования «двойного самоубийства». Вопрос о накоплении случаев убийств и самоубийств в семьях обсуждался в научной литературе. В частности, было показано, что ПГСУ чаще совершают люди, предрасположенные к СП, нежели, совершающие убийства [37, 47].

В этой связи из литературных произведений также можно привести случай ПГСУ и череды семейных самоубийств, описанных в романе Я. Гашека «Похождения бравого солдата Швейка во время мировой войны»: «... Отец его был алкоголиком и кончил жизнь самоубийством незадолго до его рождения; мать была проституткой, вечно пьяная, и умерла от белой горячки, младшая сестра утопилась, старшая бросилась под поезд, брат бросился с вышеградского железнодорожного моста. Дедушка убил свою жену, облил себя керосином и сгорел, другая бабушка шаталась с цыганами и отравилась в тюрьме спичками, двоюродный брат несколько раз судился за поджог и в Картоузах перерезал себе куском стекла сонную артерию, двоюродная сестра с отцовской стороны бросилась в Вене с шестого этажа [48, С. 372]. Такая наследственность явилась основанием для признания заключённого невменяемым и освобождением из тюрьмы. Случай быстро стал известен другим заключённым, которые стали его тиражировать и пытались таким образом избежать уголовной ответственности.

В любовном романе Г. Гибсон «Влюблённая в тебя» всё достаточно типично для одного из вариантов супружеского ПГСУ: жена убивает мужа и его молодую любовницу, к которой он собирался от неё уйти, оставив одну с двумя детьми пяти и десяти лет. Используется самый распространённый способ убийства и самоубийства, время совершения самоубийства убийцей и его место – укладывается в классические характеристики ПГСУ. Однако автор поднимает весьма важный вопрос, недостаточно изученный в научной литературе, – стигматизацию (самостигматизацию) детей (родственников, близких людей участников ПГСУ) погибших, их психологию, психическое состояние после смерти родителей. В романе показано, что пережитый стресс (приводит к посттравматическому стрессовому расстройству) в той или иной степени сохраняется на протяжении 29 лет. И только возврат к деталям воспоминаний той трагедии, анализу своих переживаний (дочь жертвы пишет книгу о ПГСУ и даёт её читать сыну женщины, совершившей убийство отца и его любовницы), вероятно, позволяет свидетелям (участникам) избавиться от внутриличностных конфликтов, связанных со смертью своих родителей в детском возрасте.

Стигма, связанная с СП, тяжело воспринимается родственниками и друзьями умерших суицидентов

in interpersonal relations [46].

The topic of hereditary predisposition to aggressive and suicidal behavior (PHS) transmitted through the female (maternal) line is touched upon in an A. Christie's novel "Elephants Can Remember" and serve as a motive for the beginning of the investigation of "double suicide". The issue of the accumulation of cases of homicide and suicide in families has been discussed in the scientific literature. In particular, it was shown that PHSUs are more often committed by people predisposed to SB than by those committing murders [37, 47].

In this regard, from literary works, it is also possible to cite the case of PHSU and a series of family suicides described in J. Hasek's novel "The Adventures of the Good Soldier Schweik during the World War": "... His father was an alcoholic and committed suicide shortly before his birth; the mother was a prostitute, always drunk, and died of delirium tremens, the younger sister drowned herself, the older one threw herself under the train, the brother threw himself off the Vysehrad railway bridge. Grandfather killed his wife, doused himself with kerosene and burned down, another grandmother staggered with the gypsies and poisoned herself in prison with matches, a cousin was sued for arson several times and in Kartouzy cut his sleepy artery with a piece of glass, a cousin from the paternal side rushed into Vienna from the sixth floor [48, p. 372]. This heredity was the basis for the recognition of the prisoner as insane and release from prison. The case quickly became known to other prisoners, who began to replicate it and thus tried to avoid criminal liability.

In G. Gibson's love story "Tangled Up In You" everything is quite typical for one of the variants of the marital PHS: the wife kills her husband and his young mistress, to whom he was going to leave her, leaving her alone with two children aged five and ten. The most common method of murder and suicide is used, the time of the killer's suicide and its place – fits into the classic characteristics of the PHS. However, the author raises a very important issue that has not been sufficiently studied in the scientific literature – stigmatization (self-stigmatization) of children (relatives, close people of the participants of the PHSU) of the deceased, their psychology, and mental state after the death of their parents. The novel shows that the stress experienced (leading to post-traumatic stress disorder) persists to varying degrees for 29 years. And only a return to the details of the memories of that tragedy, the analysis of their experiences (the victim's daughter writes a book about PHSU and gives it to the son of a woman who

[49]. Они обычно испытывают чувства стыда, ответственности и вины, нуждаются в поддержке и оказании психологической и психиатрической помощи [50]. Смерть родителей в результате ПГСУ обычно вызывает серьёзное стрессовое расстройство для детей, потерявших близких. У них зачастую развивается посттравматическое стрессовое расстройство с тревогой, депрессией, нарушениями поведения [51]. Относительно краткосрочные вмешательства специалистов охраны психического здоровья могут предотвратить развитие у детей более серьёзных психических расстройств после потери родителей [52].

Включение произведения М. Квика «Прости меня, Леонард Пикок» не в полной мере соответствует критериям ПГСУ, так как ни убийства, ни самоубийства главный герой не совершает. Всё описывается как намерение 18-летнего подростка совершить ПГСУ. Однако скрупулёзное описание мотивов и факторов, способствующих таким деликтам, позволяет получить случай чудесного предотвращения самоубийства у главного героя, заслуживает самого пристального внимания специалистов.

Приведённые в работе художественные произведения могут использоваться для преподавания (проведения курсов усовершенствования) психиатрии (суицидологии) студентам и специалистам. На этих примерах можно наглядно показать специфику ПГСУ, чем оно отличается от убийств и самоубийств, его мотивы, квалификационные критерии, влияние психических расстройств на совершение деликта и СП. Чтение учащимися художественных произведений (как и просмотры художественных фильмов) с анализом и разбором повышает их мотивацию к изучению психиатрии, способствует выбору её в качестве будущей врачебной специальности [53].

Таким образом, рассмотренные в настоящем исследовании случаи ПГСУ в русскоязычной художественной литературе дополняют наши представления об этом криминальном деянии в историческом аспекте. Это один из первых анализов ПГСУ в литературных текстах, основанных всего на 10 случаях, что, конечно, требует расширения наблюдения с привлечением других произведений, изданных на языках народов мира в более длительном промежутке времени.

killed her father and his mistress to read it), probably, allows the witnesses (participants) to get rid of intrapersonal conflicts, connected with the death of their parents in childhood.

The stigma associated with SB is hard on the relatives and friends of deceased suicides [49]. They usually experience feelings of shame, responsibility and guilt, need support and provide psychological and psychiatric help [50]. Parental deaths as a result of PHSU usually cause severe stress disorder for bereaved children. They often develop post-traumatic stress disorder with anxiety, depression, and behavioral disorders [51]. Relatively short-term interventions by mental health professionals can prevent children from developing more serious mental disorders after losing their parents [52].

The inclusion of M. Quick's work "Forgive me, Leonard Peacock" does not fully meet the criteria of the PHSU, since the main character does not commit either murder or suicide. Everything is described as the intention of an 18-year-old teenager to commit PHSU. However, a scrupulous description of the motives and factors contributing to such torts makes it possible to obtain a case of miraculous prevention of suicide in the protagonist, deserves the closest attention of specialists.

The works of art presented in the article can be used to teach (and conduct advanced courses) psychiatry (suicidology) to students and specialists. Using these examples, you can clearly show the specifics of the PHS, how it differs from murders and suicides, its motives, qualification criteria, the influence of mental disorders on the commission of a crime and SB. Reading fictional works by students (as well as watching films) with analysis and discussion increases their motivation to study psychiatry, contributes to their choice as a future medical specialty [53].

Thus, the cases of PHSU considered in this study in the Russian-language fictional literature supplement our understanding of this criminal act in the historical aspect. This is one of the first analyzes of PHSU in literary texts, based on only 10 cases, which, of course, requires expanding observation with the involvement of other works published in the languages of the people of the world in a longer period of time.

## Литература / References:

- Knoll J.L. 4<sup>th</sup>. Understanding Homicide-Suicide. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2016 Dec; 39 (4): 633-47. DOI: 10.1016/j.psc.2016.07.009.
- Ардашев Р.Г. Вопросы теории и практики расследования убийств, сопряженных с посткриминальным суицидом правонарушителя. Иркутск, 2015. 220 с. [Ardashev R.G. Theoretical and practical issues of investigation of murder cases involving post-criminal suicide of offenders. Irkutsk, 2015. P. 220.] (In Russ)
- Ефремов В.С. Самоубийство в художественном мире Достоевского. СПб.: Изд-во Диалект, 2008. 584 с. [Efremov V.S. Suicide in the artistic world of Dostoevsky. St. Petersburg: Dialect Publishing House, 2008. P. 584.] (In Russ)
- Klinoff V.A. Homicide-Suicide / Handbook of Behavioral Criminology. Cham, Switzerland: Springer International Publishing AG, 2017; Part III, Homicide; 201-214. DOI: 10.1007/978-3-319-61625-4

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; 33 (11): 1805-1829. DOI: 10.1177/0886260515619172.
6. Dayan H. Sociocultural Aspects of Femicide-Suicide: The Case of Israel. *J. Interpers. Violence*. 2018 Sep 5; 886260518792983. DOI: 10.1177/0886260518792983
7. Knoll J.L., Hatters-Friedman S. The Homicide-Suicide Phenomenon: Findings of Psychological Autopsies. *J. Forensic Sci.* 2015 Sep; 60 (5): 1253-1257. DOI: 10.1111/1556-4029.12819
8. Regoeczi W.C., Granath S., Issa R., Gilson T., Sturup J. Comparing Homicide-Suicides in the United States and Sweden. *J. Forensic Sci.* 2016 Nov; 61 (6): 1524-1530. DOI: 10.1111/1556-4029.13194
9. Satoh F., Osawa M. Trend of homicide-suicide in Kanagawa Prefecture (Japan): Comparison with western countries. *Med. Sci. Law*. 2016 Oct; 56(4): 258-263. DOI: 10.1177/0025802416668769
10. Schwab-Reese L.M., Peek-Asa C. Factors contributing to homicide-suicide: differences between firearm and non-firearm deaths. *J. Behav. Med.* 2019 Aug; 42 (4): 681-690. DOI: 10.1007/s10865-019-00066-9
11. Flynn S., Gask L., Shaw J. Newspaper reporting of homicide-suicide and mental illness. *B.J. Psych. Bull.* 2015 Dec; 39 (6): 268-272. DOI: 10.1192/pb.bp.114.049676
12. Malphurs J.E., Cohen D. A newspaper surveillance study of homicide-suicide in the United States. *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 2002 Jun; 23 (2): 142-148. DOI: 10.1097/00004333-200206000-00006
13. Roma P., Spacca A., Pompili M., Lester D., Tatarelli R., Girardi P., Ferracuti S. The epidemiology of homicide-suicide in Italy: a newspaper study from 1985 to 2008. *Forensic Sci. Int.* 2012; 10-214 (№1-3). e1-5. DOI: 10.1016/j.forsciint.2011.06.022
14. Warren-Gordon K., Byers B.D., Brodt S.J., Wartak M., Biskupski B. Murder followed by suicide: a newspaper surveillance study using the New York Times Index. *J. Forensic Sci.* 2010; 55 (6): 1592-1597. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2010.01473.x
15. Pridmore S., McArthur M. Suicide and Western culture. *Australas Psychiatry*. 2009 Feb; 17 (1): 42-50. DOI: 10.1080/10398560802596843
16. Pridmore S. Suicide in 19th-century Australian fiction. *Aust. NZJ. Psychiatry*. 2017 Oct; 51 (10): 1058-1059. DOI: 10.1177/0004867417699475
17. Pridmore S., Garcia J. Medicalisation by non-medical personnel in English literature. *Australas Psychiatry*. 2014 Oct; 22 (5): 454-457. DOI: 10.1177/1039856214545554
18. Davis J., Money T.T., Pridmore S. Suicidal thinking and behaviour as of 600 BCE (Aesop's fables). *Australas Psychiatry*. 2017 Aug; 25 (4): 373-375. DOI: 10.1177/1039856216679543
19. Pridmore S., Ahmadi J., Majeed Z.A. Suicide in Old Norse and Finnish folk stories. *Australas Psychiatry*. 2011 Aug; 19 (4): 321-324. DOI: 10.3109/10398562.2011.603331
20. Pridmore S., Auchincloss S., Ahmadi J. Suicide Triggers Described by Herodotus. *Iran J. Psychiatry*. 2016 Apr; 11 (2): 128-132
21. Pridmore S., Pridmore W. The suicidal desire of Tolstoy. *Australas Psychiatry*. 2011 Jun; 19 (3): 211-214. DOI: 10.3109/10398562.2011.579126
22. Voskuil P.H. Epilepsy in Dostoevsky's novels. *Front. Neurol. Neurosci.* 2013; 31: 195-214. DOI: 10.1159/000343236
23. Чиж В.Ф. Достоевский как психопатолог. М., 1885. [Chizh V.F. Dostoevsky as a psychopathologist. Moscow, 1885.] (In Russ)
24. Чиж В.Ф. Тургенев как психопатолог. М., 1899. [Chizh V.F. Turgenyev as a psychopathologist. Moscow, 1899.] (In Russ)
25. Михеичева Е.А. Феномен самоубийства в «раннем» творчестве Л. Андреева. *Ученые записки Орловского государственного университета*. Серия: Гуманитарные и социальные науки. 2012; 2 (46): 149-154. [Mikheicheva E.A. The phenomenon of suicide in the "early" works of L. Andreev. Scientific notes of the Oryol State University. Series: Humanities and Social Sciences. 2012; 2 (46): 149-154.] (In Russ)
26. Качаева М.А. Русская литература как источник знаний по психиатрии. *Психическое здоровье*. 2009; 9: 67-75. [Kachaeva M.A. Russian literature as a source of knowledge in psychiatry. *Mental health*. 2009; 9: 67-75.] (In Russ)
27. Kachaeva M. Russian literature and psychiatry. *Br. J. Psychiatry*. 1995; Sep; 167 (3): 403-406. DOI: 10.1192/bjp.167.3.403
28. Pridmore S.A., Auchincloss S., Soh N.L., Walter G.J. Four centuries of suicide in opera. *Med. J. Aust.* 2013 Dec 16; 199 (11): 783-786. DOI: 10.5694/mja13.10724
29. Pridmore S. A murder-suicide in sculpture. *Australas Psychiatry*. 2012 Aug; 20 (4): 357. DOI: 10.1177/1039856212449673
30. Голенков А.В. Постгомнидные самоубийства: обзор литературы. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 3-15. DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-3-15. [Golenkov A.V. Post-homicide suicides: review of literature. *Suicidology*. 2018; 9 (3): 3-15.] (In Russ)
31. Достоевский Ф.М. Братья Карамазовы: Роман в четырех частях с эпилогом. М.: Изд-во «Художественная литература», 1973. 816 с. [Dostoevsky F.M. The Brothers Karamazov: A novel in four parts with an epilogue. Moscow: Publishing house "Artistic Literature", 1973. P. 816.] (In Russ)
32. Иванов К.В. Нарспи: поэма / Избранное: (стихи, сказки, поэмы). Пер. с чуваш. М.: Сов. Россия, 1979: 51-138. [Ivanov K.V. Narspi: poem / Selected: (poems, fairy tales, poems). Translation from Chuvash. Moscow: Sov. Russia, 1979: 51-138.] (In Russ)
33. Сименон Ж. Баржа с двумя повешенными. [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://knijky.ru/books/barzha-s-dvumya-poveshennymi&ved=2ahUKEwjK9NXCm\\_3rAhWEi8MKHUeCHUQFjAAegQIBRAV&usq=AOvVav3ViX2k3PzPE8u6JYdCCpa&csid=1600793385337](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://knijky.ru/books/barzha-s-dvumya-poveshennymi&ved=2ahUKEwjK9NXCm_3rAhWEi8MKHUeCHUQFjAAegQIBRAV&usq=AOvVav3ViX2k3PzPE8u6JYdCCpa&csid=1600793385337) [Simenon G.J. The Barge with Two Hanging Bodies] (In Russ)
34. Кинг С. 1922 год / Тьма, – и больше ничего: сборник. пер. с англ. М.: Изд-во АСТ, 2016: 7-154. [King S. 1922 / Darkness – and nothing else: a collection. Translation from English. Moscow: Publishing house AST, 2016: 7-154.] (In Russ)
35. Квик М. Прости меня, Леонард Пикок: роман. Пер с англ. СПб.: Азбука, Азбука-Аттикус, 2014. 256 с. [Quick M. Forgive me, Leonard Peacock: a novel. Translation from English. St. Petersburg: Azbuka, Azbuka-Atticus, 2014. P. 256] (In Russ)
36. MacIsaac M.B., Bugeja L.C., Jelinek G.A. The association between exposure to interpersonal violence and suicide among women: a systematic review. *Aust. NZJ. Public Health*. 2017 Feb; 41 (1): 61-69. DOI: 10.1111/1753-6405.12594
37. Jokinen J., Forslund K., Nordström A.L., Lindqvist P., Nordström P. Suicide risk after homicide in Sweden. *Arch. Suicide Res.* 2009; 13 (3): 297-301. DOI: 10.1080/1381110903044609
38. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. 1056 с. [Jaspers K. General psychopathology. Moscow: Practice, 1997. P. 1056.] (In Russ)
39. Flynn S., Swinson N., While D., Hunt I.M., Roscoe A., Rodway C., Kapur N., Appleby L., Shaw J. Homicide followed by suicide: a cross-sectional study. *J. Forensic Psychiatry & Psychology*. 2009; 20 (2): 306-321. DOI: 10.1080/14789940802364369
40. Пылаева О.А., Мухин К.Ю., Шатенштейн А.А. Эпилепсия и риск суицида (обзор литературы). *Русский журнал детской неврологии\_2013*; 8 (2): 23-40. [Pylaeva O.A., Mukhin K.Yu., Shatenstein A.A. Epilepsy and suicide risk (literature review). *Russian Journal of Child Neurology* 2013; 8 (2): 23-40.] (In Russ)
41. Психиатрия. Национальное руководство. Изд. 2-е перераб. и доп. / Под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1008 с. [Psychiatry. National Guide. Ed. 2<sup>nd</sup> rev. and extr. / Ed. Yu.A. Alexandrovsky, N.G. Neznanov. Moscow: GEOTAR-Media, 2018. P. 1008.] (In Russ)
42. Foy J.L., Rojcewicz S.J.Jr. Dostoevsky and suicide. *Confin. Psychiatr.* 1979; 22 (2): 65-80.
43. Altavilla R., Paciaroni M. Neurology in Russian Writers: Tolstoy and Turgenyev. *Front. Neurol. Neurosci.* 2018; 43: 111-122. DOI: 10.1159/000490441
44. Pridmore S., Walter G. Suicide and forced marriage. *Malays J. Med. Sci.* 2013 Mar; 20 (2): 47-51.
45. Pridmore S., McArthur M. Suicide and life stressors. *Australas Psychiatry*. 2008 Dec; 16 (6): 459-460. DOI: 10.1177/000486740801600603

46. Kenedi C., Friedman S.H., Watson D., Preitner C. Suicide and Murder-Suicide Involving Aircraft. *Aerosp. Med. Hum. Perform.* 2016 Apr; 87 (4): 388-396. DOI: 10.3357/AMHP.4474.2016
47. Large M., Smith G., Nielsen 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
48. Гашек Я. Похождения храброго солдата Швейка во время мировой войны: пер. с чеш. М.: Русская книга, 1993. 736 с. [Hasek J. Adventures of the brave soldier Švejk during the world war: Translation from Czech. Moscow: Russian book, 1993. P. 736.] (In Russ)
49. Kučukalić S., Kučukalić A. Stigma and Suicide. *Psychiatr. Danub.* 2017 Dec; 29(Suppl 5): 895-9.
50. Pitman A., Osborn D., Rantell K., King M. The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *J. Psychosom. Res.* 2016 Aug; 87: 22-29. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.009
51. Pitman A., Rantell K., Marston L., King M., Osborn D. Perceived Stigma of Sudden Bereavement as a Risk Factor for Suicidal Thoughts and Suicide Attempt: Analysis of British Cross-Sectional Survey Data on 3387 Young Bereaved Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2017 Mar 9; 14 (3): 286. DOI: 10.3390/ijerph14030286
52. Alisic E., Krishna R.N., Groot A., Frederick J.W. Children's Mental Health and Well-Being After Parental Intimate Partner Homicide: A Systematic Review. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 2015 Dec; 18 (4): 328-345. DOI: 10.1007/s10567-015-0193-7
53. Farooq K., Lydall G.J., Malik A., Ndeti D.M., ISOSCIP Group, Bhugra D. Why medical students choose psychiatry – a 20 country cross-sectional survey. *BMC Med. Educ.* 2014 Jan. 15; 14: 12. DOI: 10.1186/1472-6920-14-12

## POSTHOMICIDAL SUICIDE IN FICTION LITERATURE

A.V. Golenkov

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

### Abstract:

Posthomicidal suicide (PHSU) is a rare occurrence in life. Despite this, it is presented in cultural works, in particular, there are works describing the PHSU in sculpture and opera performances. The purpose of the study is to find cases of PHSU in Russian-language fiction and to conduct a comparative analysis with scientific publications. Materials and methods. Considered 10 literary texts published in Russian in 1880-2013 (novels – 6, stories – 2, narrative – 1, poem – 1); in nine cases it was a completed PHSU, in one it was an attempt. Results. Most often, PHSU met in detective novels by famous foreign writers (A. Christie, J. Simenon, R. Stout), translated into Russian, although it was the subject of investigation in three works (in two cases as corpus delicti and in one as a possible plot). In the domestic literature, PHSU was described extremely rarely, despite the mass of modern research on artistic thanatology in Russia. According to our data, the most informative of the Russian authors are the works of F.M. Dostoevsky, who can rightfully be considered not only an outstanding psychopathologist among writers, but also an unsurpassed suicidologist. According to the classification, nine texts usually described spousal (partnership) or family PHSUs, the death toll, as a rule, is two. The time criteria of the PHSU (24-72 hours) met in seven cases out of nine. The connection between murder and suicide allowed us to qualify two more PHSUs as post-murder suicides. The aggressors were more often younger than their victims, possibly due to the absence of children's PHSUs, in four cases out of nine they were committed by women and they occurred outside the home. The most common methods of murder and suicide were firearms (pistols), their coincidence was found in five cases. Four aggressors (psychosis, epilepsy, depression, alcohol abuse) and three victims (psychosis, two cases of alcohol abuse) suffered from mental disorders, four murderers had suicidal thoughts and intentions; in alcoholic intoxication were respectively - two and four heroes of the works. In literary texts, many topical scientific and practical issues are raised: a rare way of PHSU (car accident of an aggressor and victim), tragic death of loved ones, unequal marriage and domestic violence as factors of murder and suicide, stigmatization (self-stigmatization) and post-traumatic stress disorders in children of participants of PHSU, motives PHSU in adolescents and their prevention; "Perfect kill" and "perfect way to kill". Conclusion. PHSU in the literature is described quite realistically, which can be used for scientific, practical and educational purposes.

**Keywords:** post-homicidal suicide (criteria, factors, motives, age and gender groups, place and weapon of murder / suicide), works of fiction, prevention

### Вклад автора:

A.V. Golenkov: разработка дизайна исследования, обзор публикаций, написание и редактирование текста рукописи.

### Authors' contributions:

A.V. Golenkov: developing the research design, reviewing of publications, article writing, article 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: 04.05.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 10.10.2020.

Для цитирования: Голенков А.В. Постгомицидные самоубийства в художественной литературе. *Суицидология.* 2020; 11 (3): 17-32. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-17-32

For citation: Golenkov A.V. Posthomicidal suicide in fiction literature. *Suicidology.* 2020; 11 (3): 17-32. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-17-32



## СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ И ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

С.В. Давидовский, С.А. Игумнов

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Беларусь  
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского»  
Минздрава России, г. Москва, Россия

### MODERN CONCEPTIONS AND MANIFESTATION FEATURES OF SELF-HARMING BEHAVIOR

S.V. Davidouski,  
S.A. Igumnov

Belarusian State Medical Academy for Postgraduate Education, Minsk, Belarus  
National Research Center for Addictions – branch of National medical research center  
of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia

#### Информация об авторах:

Давидовский Сергей Владимирович – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 4314-6332; AuthorID: 884011). Место работы и должность: доцент кафедры психотерапии и медицинской психологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования». Адрес: Беларусь, 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3. Телефон: + 375 (17) 340-18-19, электронный адрес: davidouski@yandex.by

Игумнов Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор (Researcher ID: E-7975-2018; Scopus Author ID: 6602771038; ORCID iD: 0000-0002-0529-420X). Место работы и должность: руководитель отдела клинической наркологии Национального научного центра наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 119002, г. Москва, Могильцевский пер., 3. Телефон: +7 (495) 358-02-56; электронный адрес: sigumnov67@gmail.com

#### Information about the authors:

Davidouski Sergey Vladimirovich – MD, PhD (SPIN-code: 4314-6332; AuthorID: 884011). Place of work and position: Associate Professor of the Department of Psychotherapy and Medical Psychology of the State Educational Institution "Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education". Address: Belarus, 220013, Minsk, 3 P. Brovki str. Phone: + 375 (17) 340-18-19, email address: davidouski@yandex.by

Igumnov Sergey Aleksandrovich – MD, PhD, Professor (Researcher ID: E-7975-2018; Scopus Author ID: 6602771038; ORCID iD: 0000-0002-0529-420X). Place of work and position: Head of the Department of Clinical Narcology of the National Research Centre for Addictions – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky. Address: Russia, 119002, Moscow, 3 Mogiltsevsky lane. Phone: +7 (495) 358-02-56; email address: sigumnov67@gmail.com

В настоящее время выявлено несколько факторов биологического риска, обуславливающих суицидальное и самоповреждающее поведение. Различия касаются изменений в ключевых нейротрансмиттерных системах (серотонинергическая, полиаминовая стрессовая реакция, глутаматергическая и ГАМКергическая системы), воспалительной реакции, астроглиальной дисфункции, факторе нейрональной пластичности, что подтверждает необходимость дифференцировать из общего количества суицидальных попыток лиц, мотивированных к совершению суицида, и лиц, склонных к несуйцидальному самоповреждающему поведению. Несуйцидальное самоповреждающее поведение (англ.: non-suicidal self-injury – NSSI), – определяется как повторяющееся, преднамеренное, прямое повреждение тела без суицидальных намерений, которое не является социально приемлемым. Интегрированная теоретическая модель развития и поддержки NSSI предполагает, что этот вид поведения функционирует как метод регулирования эмоционального опыта и социального взаимодействия при возникновении стрессового события. В настоящее время NSSI включено в раздел 3 DSM-5 и отнесено к состояниям, рекомендованным для дальнейшего изучения. В американском диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 4-го пересмотра (DSM-IV-TR) и МКБ-10 NSSI кодируется как симптом пограничного расстройства личности.

*Ключевые слова:* суицидальное и самоповреждающее поведение, самоповреждение, суицидальные намерения, пограничное расстройство личности (ПРЛ)

Несуйцидальное самоповреждение (в английской транскрипции – non-suicidal self-injury – NSSI) определяется как повторяющееся, преднамеренное, прямое повреждение тела без суицидальных намерений, которое не является социально приемлемым [1, 2], и реали-

Non-suicidal self-injury (NSSI) is defined as repetitive, intentional, direct injury to the body without suicidal intent which is not socially acceptable [1, 2], and is implemented with the goal of reducing psychological discomfort. In the last decade, all over the world,

зуются с целью уменьшить психологический дискомфорт. В последнее десятилетие во всём мире, в том числе и России, отмечается повышенный интерес к проблеме несуицидальных повреждений [3, 4].

Проявления NSSI чаще всего наступают в раннем подростковом возрасте, между 12 и 14 годами [5, 6]. Большинство исследователей отмечают, что суицидальное поведение у детей до 13 лет – редкое явление [7], с 14-15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума к 16-19 годам [5, 6, 8]. А.Г. Амбрумова, обследовав 770 детей, подростков и юношей с суицидальным поведением, установила, что в допубертатном возрасте (до 13 лет) попытку самоубийства совершали 14,4%, в пубертатном (13-16 лет) – 51,3%, в постпубертатном (17-18 лет) – 33,8% [8]. Главным отличительным признаком самоповреждающего поведения от суицидальной попытки является отсутствие осознанного намерения лишить себя жизни. Следует учитывать, что некоторые несуицидальные самоповреждающие действия, особенно в подростковом возрасте, могут приводить к смерти из-за неведения или неверного «расчёта дозы», с чем приходилось сталкиваться авторам статьи в своей клинической практике.

Необходимо также помнить о том, что эти две формы самоповреждений могут взаимно перекрываться: индивиды, совершающие суицидальные попытки, могут также демонстрировать несуицидальное самоповреждающее поведение, и наоборот. В реальной клинической ситуации наличие суицидальных намерений часто очень сложно оценить даже специалисту с большим опытом практической работы, что является серьёзным барьером в изучении данной проблемы. Поэтому, несмотря на то, что самоповреждающее поведение является широко распространённым явлением, данные о частоте NSSI значительно различаются по странам. На это влияют также особенности методологических подходов и, в частности, таких факторов, как тип поведения, классифицируемое как NSSI, а также метод оценки NSSI, демографические характеристики выборки и т.п. Высокие показатели распространённости отмечаются среди подростков, проходящих стационарное лечение, например, от 30% до 82,4% [9, 10], умеренно выраженную распространённость отмечают в общей популяции. В обзоре 53 исследований, опубликованных в период с 2005 по 2011 год по NSSI среди подростков, сообщалось о средней распространённости в течение жизни 18% [11]. Среди студентов университетов этот процент составляет до 38,9% и 4-23% среди взрослых [12, 13, 14, 15]. В настоящее время фигурируют следующие цифры распространённости: примерно 17,2% среди подростков, 13,4% среди молодых людей и студентов и 5,5% среди взрослых старше 25 лет. Эти данные согласуются с отдельным обзором о представленности NSSI среди подростков [11] и большим исследованием взрослых, отобранных случайным образом [16]. Считается, что NSSI значительно чаще встре-

including Russia, there has been observed an increased interest to the problem of non-suicidal injuries [3, 4].

The onset of NSSI most often occurs in early adolescence, between 12 and 14 [5, 6]. Most researchers note that suicidal behavior in children under 13 years of age is a rare phenomenon [7], from the age of 14-15, suicidal activity sharply increases, reaching a maximum by the age of 16-19 [5, 6, 8]. A.G. Ambrumova, having examined 770 children, adolescents and young people with suicidal behavior, found that at the pre-pubertal age (up to 13) 14.4% of them committed suicide attempts, 51.3% attempted suicide during puberty (13-16), and 33.8% did so in the post-pubertal (17-18) [8]. The main distinguishing feature of self-harming behavior from a suicidal attempt is the lack of a conscious intention to take one's own life. It should be borne in mind that some non-suicidal self-injurious actions, especially during adolescence, can lead to death due to ignorance or incorrect "dose calculation", which the authors of the article had to face in their clinical practice.

It should also be remembered that these two forms of self-harm can overlap: individuals who commit suicide may also exhibit non-suicidal self-harming behavior and vice versa. In a real clinical situation, the presence of suicidal intentions is often very difficult to assess even for a specialist with extensive practical experience, which is a serious barrier to studying this problem. Therefore, while self-injurious behavior is widespread, the frequency of NSSI data varies considerably across countries. This is also influenced by the peculiarities of methodological approaches and, in particular, such factors as the type of behavior classified as NSSI, as well as the method of assessing NSSI, demographic characteristics of the sample, etc. High prevalence rates are noted among adolescents undergoing inpatient treatment, for example, from 30% to 82.4% [9, 10], while for general population moderately pronounced prevalence is recorded. A review of 53 studies published between 2005 and 2011 on adolescent NSSI reported an average lifetime prevalence of 18% [11]. This percentage can be as high as 38.9% among university students and range 4-23% among adults [12, 13, 14, 15]. Currently, the following prevalence figures are accepted: approximately 17.2% for adolescents, 13.4% for young people and students, and 5.5% for adults over 25. These findings are consistent with a separate review of the prevalence of NSSI among adolescents [11] and a large study of randomly selected adults [16]. It is believed that NSSI is significantly more

чается у женщин, чем у мужчин. Так согласно данным по Минской области за 2015-2019 годы среди детей и подростков девочки составляли 85% от общего количества случаев самоповреждения.

Смертность от суицидов в возрасте от 15-29 лет составляет 8,5% всех смертей, являясь второй по значимости причиной смертности после дорожно-транспортных происшествий в мире [17]. Следует отметить, что подростковый возраст и период ранней взрослости (20-29 лет) характеризуется драматическими изменениями в организме и характеризуется повышенной возбудимостью, резкой сменой настроения и переживаний, что и обуславливает повышенную реактивность естественной стресс-реакции подростка на социальные стимулы, создавая тем самым уникально уязвимые временные рамки для проявления суицидального поведения. В этот период происходят изменения в нейронных сетях головного мозга, что позволяет проводить более сложные социальные сравнения и получать более устойчивый смысл самооценки, которая в значительной степени зависит от воспринимаемых оценок со стороны сверстников [18, 19]. Исследования в области нейробиологии развития показывают, что подростки в период пубертата продуцируют более дифференцированные реакции на стимулы внешней среды, что позволяет им на основании получаемого социального опыта формировать свою самооценку, но при этом зрелые способности регулировать свои эмоции или подавлять импульсивные реакции отсутствуют [20]. Развитие предметных чувств ещё не произошло, что не позволяет им сформировать устойчивые эмоциональные отношения с ближайшим окружением. Повышенная реактивность, обусловленная подростковым возрастом, повышает интенсивность физиологических ответов на стрессоры [21] и префронтальную активацию мозга во время социальной оценки [20] и, таким образом, увеличивает трудности, связанные с оценкой социальных событий [21]. По-видимому, это и является причиной сбоев в биологических реакциях на острый стресс, что может лежать в основе острых суицидальных кризисов у подростков, сопровождающихся самоповреждающим поведением.

Формы NSSI включают такие виды поведения, как самопорезы, умышленно наносимые ожоги, царапины, удары и др. [6, 16, 22]. В настоящее время считается, что большинство людей, совершающих NSSI, используют более одного метода и зоны, с травматическими воздействиями на руки, ноги, запястья и живот [15, 17]. Наиболее распространённым методом считается самоповреждения острыми предметами (более 70%), за которым следуют удары головой, царапины, удары и ожоги [22, 23, 24]. Согласно данным по г. Минску за 2007-2014 годы, среди методов самоповреждения преобладали такие методы как самоотравления и самоповреждения (не менее 60% от всех случаев самоповреждения, преимущественно в возрасте 20-39 лет)

common type of behavior for women rather than men. For example, according to the 2015-2019 children and adolescents data for Minsk region female gender accounted for 85% of the total number of cases of self-harm.

Suicide mortality at the age of 15-29 years constitutes 8.5% of all deaths, being the second leading cause of death after road traffic accidents in the world [17]. It should be noted that adolescence and early adulthood (20-29 years old) are characterized by dramatic changes in the body and are characterized by increased excitability, sharp mood and experiences changes, which determines the increased reactivity of the adolescent's natural stress response to social incentives, thereby creating a uniquely vulnerable time frame for suicidal behavior. During this period, changes occur in the neural networks of the brain, which allows for more complex social comparisons and obtaining a more stable sense of self-esteem, which largely depends on the perceived assessments from peers [18, 19]. Research in the developmental neurobiology field shows that adolescents during puberty produce more differentiated responses to environmental stimuli, which allows them to form their self-esteem based on the received social experience, but at the same time they do not possess mature abilities to regulate their emotions or suppress impulsive responses. [20]. The development of objective feelings has not yet occurred, which does not allow them to form stable emotional relationships with the immediate environment. Increased reactivity associated with adolescence increases the intensity of physiological responses to stressors [21] and prefrontal brain activation during social assessment [20] and thus increases the difficulties associated with assessing social events [21]. Apparently, this is the reason for disruptions in biological responses to acute stress, which may underlie acute suicidal crises in adolescents, accompanied with self-damaging behavior.

Forms of NSSI include such types of behavior as self-cuts, deliberately inflicted burns, scratches, blows, etc. [6, 16, 22]. It is now believed that most people performing NSSI use more than one method and body area inflicting traumatic effects on the arms, legs, wrists and abdomen [15, 17]. The most common method is considered to be self-cutting with sharp objects (over 70%), followed by head blows, scratches, blows and burns [22, 23, 24]. According to the data for the city of Minsk for 2007-2014, among the methods of self-harm, such methods as self-poisoning and self-cutting prevailed (at least 60% of all cases of self-harm, mainly at the

[25]. Согласно данным по Минской области за 2015-2019 годы отмечались следующие методы самоповреждения: нанесение самоповреждений – 44,5%, отравление – 38,5%, повешение – 11,4%, падение с высоты – 3%, утопление – 0,4%, 2,2% составили редко используемые способы (огнестрельное ранение, падение под поезд, самосожжение и др.).

NSSI является распространённым явлением среди подростков и взрослых, связанным со значительными психическими нарушениями, включая посттравматическое стрессовое расстройство [26], депрессивные расстройства [27], обсессивно-компульсивное расстройство [26], тревожное расстройство [27], пограничное расстройство личности (ПЛР) [2, 28] и расстройство пищевого поведения [29].

Одни из самых ранних попыток определить данный синдром были сделаны ещё в 60-х годах XX столетия Н. Graff и R. Mallin, но из-за включения попыток самоубийства в определения суицидального поведения они потерпели неудачу [30, 31, 32]. В 1984 году J. Kahan и E.M. Pattison [33] дифференцировали поведение, связанное с самоубийством, от самоубийства и предложили отдельное диагностическое расстройство – синдром преднамеренного самоповреждения. Позже A.R. Favazza и R.J. Rosenthal [34] предположили, что привычное и повторяющееся самоповреждающее поведение можно рассматривать как расстройство импульсного контроля. В начале 2000-х J.J. Muehlenkamp предложил рассматривать NSSI как отдельное диагностическое расстройство [35]. В дальнейшем P. Wilkinson и I. Goodyer [36] посчитали, что предоставление NSSI собственной диагностической категории улучшит качество диагностики и увеличит количество исследований по этиологии, её лечению и результату.

Учитывая высокую распространённость самоповреждающего поведения среди клинических выборок и в общей популяции подростков [2, 4, 7], рабочая группа по расстройствам настроения при подготовке диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам DSM-5 предложила включить NSSI как отдельную диагностическую рубрику [37]. Критерии данного расстройства подвергались неоднократным пересмотрам, из-за неполного набора предложенных критериев неадекватных размеров исследовательских выборок и межкритериальной надёжности [38].

В настоящее время NSSI включено в раздел 3 DSM-5 и отнесено к состояниям, рекомендованным для дальнейшего изучения, при этом должны быть соблюдены следующие критерии:

A. За прошедший год индивид, по крайней мере, 5 дней преднамеренно наносил себе телесные повреждения, не пытаясь совершить суицид.

B. Индивид совершает самоповреждающие действия по одной или нескольким из следующих причин: наносит самоповреждения, ожидая получить облегчение от негативных эмоций; чтобы разрешить внутри-

age of 20-39 years) [25]. According to the data for the Minsk region for 2015-2019, the following self-harm methods were noted: self-cutting – 44.5%, poisoning – 38.5%, hanging – 11.4%, falling from a height – 3%, drowning – 0.4%, rarely used methods (gunshot wound, falling under a train, self-immolation, etc.) made up 2.2%.

NSSI is a common phenomenon among adolescents and adults associated with significant mental disorders, including post-traumatic stress disorder [26], depressive disorders [27], obsessive-compulsive disorder [26], anxiety disorder [27], borderline personality disorder (BPD) [2, 28] and eating disorder [29].

Some of the earliest attempts to define this syndrome date back to the 60s of the XX century by N. Graff and R. Mallin, but since suicide attempts were then included in the definition of suicidal behavior, they failed [30, 31, 32]. In 1984 J. Kahan and E.M. Pattison [33] differentiated suicide associated behavior from suicide itself and proposed a separate diagnostic disorder – deliberate self-harm syndrome. Later A.R. Favazza and R.J. Rosenthal [34] suggested that habitual and repetitive self-injurious behavior can be considered an impulse control disorder. In the early 2000s, J.J. Muehlenkamp proposed to consider NSSI as a separate diagnostic disorder [35]. Subsequently, P. Wilkinson and I. Goodyer [36] considered that providing NSSI with its own diagnostic category would improve the quality of diagnosis and increase the number of studies on etiology, its treatment and outcome.

Given the high prevalence of self-injurious behavior among clinical samples and in the general adolescent population [2, 4, 7], the Mood Disorders Working Group, in the preparation of the DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, proposed including NSSI as a separate diagnostic heading [37]. The criteria for this disorder have undergone repeated revisions, due to the incomplete set of proposed criteria for inadequate research sample sizes and intercriteria reliability [38].

The NSSI is currently included in section 3 of the DSM-5 and is classified as a recommended condition for further study with the following criteria obligatory to be met:

A. Over the past year, the individual has intentionally inflicted bodily harm on himself for at least 5 days without attempting to commit suicide.

B. The individual commits self-harming acts for one or more of the following reasons: self-injury with the expectation to receive

личностный конфликт; пытается достичь положительного эмоционального состояния.

С. Предварять самоповреждающий акт должны (и/или): негативные мысли или чувства (C1a), конфликты с другими людьми (C1b), озабоченность поведением, которое трудно контролировать (C2), повторяющиеся мысли о самоповреждающем поведении (C3).

D. Совершенный акт является социально неприемлемым.

E. Самоповреждающее поведение или его последствия вызывают клинически значимый деструктивный стресс.

F. Действие не связано с психотическим эпизодом, делирием, опьянением или абстинентным синдромом, и не может быть причиной другого заболевания.

Дополнительно выделяются 2 подтипа неуточнённого NSSI:

Тип 1 (sub-threshold / «подпороговые»): относятся случаи с меньшей чем 5 раз за последний год частотой самоповреждений;

Тип 2 (intent uncertain / «неясные намерения»): случаи, когда при нанесении самоповреждений наравне с желанием избавиться от неприятных чувств или решить межличностные трудности имело место желание совершить суицид.

В ранее принятых классификационных системах (DSM-IV-TR и МКБ-10) расстройство NSSI кодируется как симптом ПЛР. Все виды аутоагрессивного поведения в МКБ-10 кодируются в зависимости от характера повреждений в рубриках X и Y. При этом в руководстве указано, что «данный класс, который в предыдущих пересмотрах МКБ являлся дополнительным, позволяет классифицировать происшествия, условия и обстоятельства в качестве причины травмы, отравления и другого неблагоприятного воздействия. В тех случаях, когда используется код из данного класса, подразумевается, что он должен применяться как дополнение к коду из другого класса, указывающему на характер состояния».

NSSI может встречаться у лиц, которые не получают диагноз ПРЛ, и не каждый человек, который получает диагноз ПРЛ, демонстрирует поведение, связанное с самоповреждением [39]. Различия между NSSI группой и группой ПЛР предполагают определять NSSI как синдром сам по себе [40, 41]. Введение расстройства NSSI признает важность дифференциации NSSI от попытки самоубийства. Хотя и попытки самоубийства, и NSSI соответствуют поведению, наносящему себе вред, существуют важные клинические различия между данными формами поведения как в этиологии, так и по выполняемым функциям и методам. Исследования расстройства NSSI, проведённые Американской психиатрической ассоциацией, показало высокий процент тех, кто получил телесные повреждения и соответствовал критериям, предложенным DSM-5 [42, 43]. В комбинированных выборках пациентов стационарного и интен-

relief from negative emotions; to resolve intrapersonal conflict; an attempt to reach positive emotional state.

C. The self-injurious act should be preceded by (and/or): negative thoughts or feelings (C1a), conflicts with other people (C1b), preoccupation with behavior that is difficult to control (C2), repetitive thoughts about self-injurious behavior (C3).

D. The act committed is socially unacceptable.

E. Self-injurious behavior or its consequences cause clinically significant destructive stress.

F. The action is not associated with a psychotic episode, delirium, drunkenness or withdrawal symptoms, and cannot be the cause of another illness.

Additionally, there are 2 subtypes of unspecified NSSI identified:

Type 1 (sub-threshold): cases of self-harm with a frequency less than 5 times in the past year;

Type 2 (intent uncertain): cases when inflicting self-harm, along with the desire to get rid of unpleasant feelings or resolve interpersonal difficulties, there was a desire to commit suicide.

In earlier classification systems (DSM-IV-TR and ICD-10), NSSI disorder is coded as a symptom of BPD. All types of auto-aggressive behavior in ICD-10 are coded under X and Y headings depending on the nature of injuries. At the same time, the manual states that “this class that was additional in previous revisions of the ICD, allows us to classify incidents, conditions and circumstances as the cause of injury, poisoning and other adverse effects. In cases where a code from this class is used, it is understood that it should be used in addition to the code from another class that indicates the nature of the state”.

NSSI can be performed by individuals who are not diagnosed with BPD, and not every person who is diagnosed with BPD would inflict self-harming behavior [39]. The differences between the NSSI group and the BPD group suggest defining NSSI as a syndrome in itself [40, 41]. The introduction of the NSSI disorder recognizes the importance of differentiating NSSI from attempted suicide. While both the attempted suicide and the NSSI are consistent with self-harming behaviors, there are important clinical differences between these behaviors, both in etiology and in function and method. NSSI studies by the American Psychiatric Association found a high percentage of those who were injured and met the criteria proposed by the DSM-5

сивного амбулаторного лечения 85,5% соответствовали критерию А [43]. При оценке критерия В высокая степень одобрения была обнаружена в клинической выборке подростков и взрослых [39, 43, 44], а также в общих выборках для взрослых [39, 45].

Исследования психологических причин, лежащих в основе поведения NSSI, на немецкой выборке показало, что 56,8% немецкой выборки стационарных больных использовало NSSI «для прекращения плохих чувств» [46]. Согласно данным Б. Алмазова (1981) [цит. по 47], который обследовал группу подростков в возрасте 14-18 лет, умышленно нанесших себе порезы, установлено, что только 4% из обследованных в момент самоповреждения имели суицидальные мысли, 30% совершили самоповреждения как результат ссоры со сверстниками, у 20% как обряд «братанья кровью» и 20% как демонстрация, бравада перед сверстниками.

В настоящее время считается, что NSSI является преходящим явлением. Так крупное продольное исследование показало снижение данного типа поведения в молодом возрасте [48]. Интегрированная теоретическая модель развития и поддержки NSSI [2] предполагает, что этот вид поведения функционирует как метод регулирования как эмоционального опыта, так и социальных ситуаций при возникновении стрессового события. Эта модель была введена М.К. Nock и М.Дж. Prinstein (2004), известна как четырехфакторная модель – в английской транскрипции The Four Factor Model (FFM) [49]. Модель FFM основана на поведенческой теории, которая фокусируется на предшествующем и последующем влиянии на поведение. FFM разграничивает два дихотомических измерения функциональных процессов: непредвиденные обстоятельства межличностного / социального и внутриличностного / автоматического и усиление положительного против отрицательного. Четыре процесса, предложенные моделью, включают в себя: автоматическое отрицательное подкрепление, когда NSSI служит для уменьшения отрицательных внутренних состояний, автоматическое положительное подкрепление, когда NSSI служит для генерирования положительных чувств, социальное отрицательное подкрепление, когда NSSI служит для того, чтобы избежать межличностных потребностей, и социальное положительное подкрепление, когда NSSI служит для привлечения внимания или увеличения социальной поддержки [2].

Функция «самонаказания», как правило, отмечалась подростками и взрослыми среди клинических выборок [46, 50, 51]. Для взрослых функция NSSI в большей степени состоит в уменьшения отрицательных эмоций и переживаний, чем для получения социальной поддержки [15]. Можно сказать, что у взрослых самоповреждающее поведение нередко выполняет функцию «восстановления нормального эмоционального состояния» и предоставляет возможность отвлечься от кризисной ситуации.

В настоящее время отмечена также различная

[42, 43]. In the combined samples of inpatients and intensive outpatients, 85.5% met criterion A [43]. When evaluating criterion B, a high degree of approval was found in a clinical sample of adolescents and adults [39, 43, 44], as well as in general samples for adults [39, 45].

Studies of the psychological causes underlying NSSI behavior in a German sample showed that 56.8% of a German inpatient sample resorted to NSSI “to cease bad feelings” [46]. According to B. Almazov (1981) [cit. according to 47], which examined a group of adolescents aged 14-18 years who intentionally inflicted cuts on themselves, it was found that only 4% of those examined at the time of self-harm had suicidal thoughts, 30% committed self-harm as a result of quarrels with peers, 20% did that as a rite of “blood brotherhood” and 20% as a demonstration, bravado in front of peers.

NSSI is now considered to be a transitory phenomenon. Thus, a large long-term study showed a decrease in this type of behavior at a young age [48]. The integrated theoretical model of development and support NSSI [2] suggests that this type of behavior functions as a method of regulating both emotional experience and social situations when a stressful event occurs. This model was introduced by M.K. Nock and M.J. Prinstein (2004), known as the Four Factor Model (FFM) [49]. The FFM model is based on behavioral theory that focuses on the antecedent and subsequent influences on behavior. FFM distinguishes between two dichotomous dimensions of functional processes: interpersonal/social contingencies and intrapersonal/automatic contingencies, and positive versus negative amplification. The four processes suggested by the model include: automatic negative reinforcement, where NSSI serves to reduce negative internal states, automatic positive reinforcement, where NSSI serves to generate positive feelings, social negative reinforcement, where NSSI serves to avoid interpersonal needs, and socially positive reinforcement, where the NSSI serves to gain attention or increase social support [2].

As a rule, the “self-punishment” function was noted by adolescents and adults among clinical samples [46, 50, 51]. For adults, the function of NSSI is to a greater extent to reduce negative emotions and experiences rather than to receive social support [15]. We can say that in adults, self-harming behavior often performs the function of “restoring a normal emotional state” and provides an opportunity to escape from a crisis situation.

Currently, there are also different brain

морфология мозга и нейронная активность у пациентов с NSSI или с ПЛР по сравнению со здоровым контролем, что может быть обусловлено различным восприятием эмоциональной и физической боли. Нейробиологическая модель NSSI [52] предполагает, что аномалии в серотонинергической, допаминергической и опиоидной системах, а также в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (далее – ГГН) оси приводят к повышенному уровню восприимчивости к стрессу. Поэтому в случае стресса использование NSSI можно трактовать, как метод восстановления измененного опиоидного гомеостаза. Результаты исследований магнитно-резонансной терапии указывают на гипервозбуждение лимбических структур (таких как миндалина) [53]. Активация этих структур уменьшается как после индукции болевых раздражителей [54], так и после воображения акта NSSI [54]. Это и обуславливает предположение, что NSSI служит для регулирования стресса в сильно активированной лимбической системе.

Что касается уровня нейротрансмиттеров, то существует достаточно доказательств связи между импульсивным поведением и недостатком серотонина. Однако NSSI часто не может быть описан как преимущественно импульсивное поведение [55, 56]. В настоящее время существует мало доказательств в пользу поддерживающего механизма дефицита серотонина в формировании NSSI [51] в отличие от установленной связи между серотонинергической дисфункцией и повышенным риском насильственной суицидальной попытки [57, 58], что подтвердило и исследование, проводимое в рамках Государственной программы научных исследований «Фундаментальные и прикладные науки – медицине», которое выявило статистически значимые различия между группами с насильственными и ненасильственными методами самоповреждения по встречаемости генотипа HTR1 [59].

То же самое относится и к вовлечению допаминергической нейротрансмиссии у людей с NSSI. В проводимых исследованиях [51] не было обнаружено различий в уровнях метаболитов серотонина или дофамина в спинномозговой жидкости у пациентов с NSSI. Результаты исследований по кортизолу и ГГН оси у людей и животных с NSSI показали изменённый ответ кортизола [60, 61]. Исследователями также отмечен факт изменения уровня эндогенных опиоидов, что возможно, объясняет аддиктивное качество NSSI, которое было описано у людей с тяжёлым NSSI [62]. Эти эндогенные опиоиды могут служить объяснением явления гипоалгезии или анальгезии у пациентов с повторяющимся NSSI, которое, по-видимому, обратимо после прекращения NSSI [63]. Интересно отметить, что в недавнем метаанализе [64] подростковое самоубийство было описано как сбой систем, вовлечённых в острые реакции на стресс: вегетативная нервная система, ось ГГН, воспалительный ответ, что подтверждает интегрированную теоретическую модель NSSI, предложен-

morphologies and neuronal activity in patients with NSSI or BPD compared to healthy controls, which can be caused by different perceptions of emotional and physical pain. The NSSI neurobiological model [52] suggests that abnormalities in the serotonergic, dopaminergic and opioid systems, as well as in the hypothalamic - pituitary - adrenal (hereinafter HPA) axis, lead to an increased level of susceptibility to stress. Therefore, in the case of stress, using NSSI can be interpreted as a method for restoring altered opioid homeostasis. Results from studies of magnetic resonance therapy indicate hyperexcitation of limbic structures (such as the amygdala) [53]. The activation of these structures decreases both after the induction of pain stimuli [54] and after imagining a NSSI act [54]. This leads to the assumption that NSSI serves to regulate stress in a highly activated limbic system.

In terms of neurotransmitter levels, there is ample evidence of a link between impulsive behavior and a lack of serotonin. However, NSSI often cannot be described as predominantly impulsive behavior [55, 56]. Currently, there is little evidence to confirm the role of serotonin deficiency in the formation of NSSI [51], unlike the already established association between serotonergic dysfunction and an increased risk of suicide attempt [57, 58] verified by the study conducted within the framework of State program of scientific research "Fundamental and applied sciences – to medicine" that revealed statistically significant differences between groups with violent and non-violent methods of self-harm in the occurrence of the HTR1 genotype [59].

The same is true for the involvement of dopaminergic neurotransmission in people with NSSI. In ongoing studies [51], no differences were found in the levels of serotonin or dopamine metabolites in cerebrospinal fluid in patients with NSSI. The results of studies on cortisol and HPA axis in humans and animals with NSSI showed an altered cortisol response [60, 61]. The researchers also noted the fact that the level of endogenous opioids changed, which may explain the addictive quality of NSSI, which was described in people with severe NSSI [62]. These endogenous opioids may explain the phenomenon of hypoalgesia or analgesia in patients with recurrent NSSI, which appears to be reversible after discontinuation of NSSI [63]. It is interesting to note that in a recent meta-analysis [64], adolescent suicide was described as a failure of systems involved in acute reactions to stress: autonomic nervous system, HPA axis, inflammatory response, which confirms the integrated theo-

ную М.К. Nock (2010).

Проведённое в рамках научно-исследовательской работы – «Изучить молекулярно-генетические предикторы суицидального поведения с целью разработки диагностических критериев повышенного риска суицида» (Государственной программы научных исследований «Фундаментальные и прикладные науки – медицине», госрегистрация № 20161106 от 11.06.2016 г., Республика Беларусь, при научно-методическом содействии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России) – также выявило наличие социально-психологических, биохимических и генетических факторов, позволяющих разграничивать различные формы самоповреждающего поведения в зависимости от выраженности мотивации к совершению суицида, что изложено в ряде научных статей [58, 65]. В результате проводимого исследования было отмечено, что в группе лиц с самоповреждающим поведением наблюдалось повышение уровня содержания кортикотропного релизинг фактора (далее – КТРГ) и снижение адренкортикотропного гормона (далее – АКТГ) и кортизола по сравнению с контролем в отличие от лиц, с выраженной мотивацией к совершению суицида. В данной группе, наоборот, отмечалось снижение уровня КРТГ и одновременное повышение АКТГ и кортизола, что свидетельствовало о дезорганизации работы ГГН оси. Частота встречаемости аллеля С гена HTR1A у мужчин группы лиц, мотивированных к совершению суицида, была достоверно выше, чем частота встречаемости данного аллеля у лиц мужского пола, совершивших различного типа несуйцидальные самоповреждения ( $p=0,04$ ).

В настоящее время выявлено несколько факторов биологического риска, обуславливающих суицидальное и самоповреждающее поведение: изменения в ключевых нейротрансмиттерных системах (серотонинергическая, полиаминовая стрессовая реакция, глутаматергическая и ГАМКергическая системы), воспалительной реакции, астроглиальной дисфункции, фактора нейрональной пластичности, содержания липопротеиновых фракций в периферической крови [66, 67], что подтверждает необходимость выделять из общего количества суицидальных попыток лиц, мотивированных к совершению суицида, соотношения которых согласно данным ВОЗ составляет 1 : 20 [17].

На сегодняшний день дополнительно предложено три диагноза, описывающих суицидальное поведение:

– Суицидальное расстройство поведения (в английской транскрипции – Suicidal Behavior Disorder – SBD) [68], сфокусированное на попытке самоубийства в течение последних двух лет. Данное расстройство включено в раздел 3 и требует дальнейшего изучения [38], так же, как и NSSI.

– Синдром суицидального кризиса (в английской транскрипции – Suicide Crisis Syndrome – SCS) [69] и

– Острое суицидальное аффективное расстройство

retical model of NSSI proposed by M.K. Nock (2010).

Our research conducted within the framework of research work – "To study molecular genetic predictors of suicidal behavior in order to develop diagnostic criteria for an increased risk of suicide" (State program of scientific research "Fundamental and applied sciences – to medicine", state registration No. 20161106 dated 06/11/2016 city, Republic of Belarus, with the scientific and methodological assistance of the National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology after V.P. Serbsky of the Ministry of Health of Russia) – also revealed the presence of socio-psychological, biochemical and genetic factors that make it possible to distinguish between various forms of self-injurious behavior depending on the severity of motivation to commit suicide, which is described in a number of scientific articles [58, 65]. As a result of the study, it was noted that in the group of persons with self-injurious behavior, there was an increase in the level of corticotropin releasing factor (hereinafter referred to as CTRF) and a decrease in adrenocorticotrophic hormone (hereinafter referred to as ACTH) and cortisol compared with control, in contrast to individuals, with pronounced motivation to commit suicide. In this group, on the contrary, there was a decrease in the CTRF level and a simultaneous increase in ACTH and cortisol, which indicated the disorganization of the HPA axis. The frequency of occurrence of the C allele of the HTR1A gene in males among persons motivated to commit suicide was significantly higher than the frequency of occurrence of this allele in males who committed various types of non-suicidal self-harm ( $p=0.04$ ).

Currently, several biological risk factors have been identified that cause suicidal and self-harming behavior: changes in key neurotransmitter systems (serotonergic, polyamine stress response, glutamatergic and GABAergic systems), inflammatory response, astroglial dysfunction, neuroplasticity factor, content of lipoprotein fractions in peripheral blood [66, 67], which confirms the need to distinguish those motivated to commit suicide from the total number of suicidal attempters, the ratio of whom according to the WHO is 1: 20 [17].

To date, three additional diagnoses have been proposed that describe suicidal behavior:

– Suicidal Behavior Disorder (SBD) [68] focused on attempted suicide over the past two years. This disorder is included in section 3 and requires further study [38], as well as NSSI.



(в английской транскрипции – Acute Suicidal Affective Disturbance – ASAD) [70], которые описывают острое предсуицидальное психическое состояние и отсутствуют в DSM-5, так как концепция данных расстройств была описана значительно позже.

Два нижеперечисленных синдрома симптоматически перекрываются, но также весьма различаются тем, что SCS не включает суицидальные мысли, в то время как ASAD основан на быстро нарастающей суицидальной активности [70, 71]. Все это указывает на формирование в настоящее время новых концепций и представлений о суицидальном или самоповреждающем поведении, что в будущем позволит более дифференцированно подходить к описанию данного сложного явления, выявляя значимые триггеры для формирования мотивации к совершению суицида и признаки, характерные для несуйцидального самоповреждающего поведения.

Выводы. Таким образом, разработка новых диагностических критериев позволяет внести ясность в понимание особенностей самоповреждающего поведения и поможет эффективно идентифицировать лиц, подверженных суицидальному риску.

– Suicide Crisis Syndrome (SCS) [69] and

– Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD) [70], which describe an acute pre-suicidal mental state and are absent from DSM-5, since the concept of these disorders was described much later.

The two syndromes listed above overlap symptomatically, but are also quite different in that SCS does not include suicidal thoughts, while ASAD is based on rapidly increasing suicidal activity [70, 71]. All this indicates the formation of new concepts and ideas about suicidal or self-injurious behavior at present, which in the future will allow a more differentiated approach to the description of this complex phenomenon, identifying significant triggers for the formation of motivation to commit suicide and signs characteristic of non-suicidal self-injurious behavior.

#### Conclusions.

Thus, the development of new diagnostic criteria makes it possible to clarify the understanding of the characteristics of self-harming behavior and will help to effectively identify persons at risk of suicide.

#### Литература / References:

- Favazza A.R. Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry, 2<sup>nd</sup> Ed. Baltimore, MD. John Hopkins University Press, 1996.
- Nock M.K. Self-injury. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2010; 6: 339–363. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Зинчук М.С., Аведисова А.С., Гехт А.Б. Несуйцидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2019; 119 (3): 108–119. [Zinchuk M.S., Avedisova A.S., Guekht A.B. Nonsuicidal self-injury behavior in non-psychotic disorders: epidemiology, social and clinical risk factors. *Korsakov journal of neurology and psychiatry.* 2019; 119 (3): 108–119.] (In Russ)
- Евсеев В.Д., Пешковская А.Г., Мацута В.В., Мандель А.И. Несуйцидальные самоповреждения (NSSI) и их связь с цифровыми данными социальной сети. *Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (3): 38–41. [Evseev V. D., Peshkovskaya A. G., Matsuta V. V., Mandel A. I. non-Suicidal self-harm (NSSI) and their relation to digital data of the social network. *Academic Journal of West Siberia.* 2020; 16 (3): 38–41.] (In Russ)
- Nock M.K., Joiner T.E., Gordon K.H., Lloyd-Richardson E., Prinstein M.J. Nonsuicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006; 144: 65–72. DOI: 10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Muehlenkamp J.J., Gutierrez P.M. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Arch. Suicide Res.* 2007; 11: 69–82. DOI: 10.1080/13811110600992902
- Barrocas A.L., Hankin B.L., Young J.L., Abela J.R. Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioural methods in a community sample. *Pediatrics.* 2012; 130: 39–45. DOI: 10.1542/peds.2011-2094
- Амбрумова А. Г. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. М., 1978. [Ambrumova A.G. Methodical recommendations for the prevention of suicidal actions in childhood and adolescence. М., 1978.] (In Russ)
- DiClemente R.J., Ponton L.E., Hartley D. Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1991; 30: 735–739. DOI: 10.1016/S0890-8567(10)80007-3
- Nock M.K., Prinstein M.J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J. Clin. Consult. Psychol.* 2004; 72: 885–890. DOI: 10.1037/0022-006X.72.5.885
- Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health.* 2012; 6: 1–9. DOI: 10.1186/1753-2000-6-10
- Gratz K.L., Conrad S.D., Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am. J. Orthopsychiatry.* 2002; 1: 128–140. DOI: 10.1037/0002-9432.72.1.128
- Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics.* 2006; 117: 1939–1948. DOI: 10.1542/peds.2005-2543
- Plener P.L., Libal G., Keller F., Fegert J.M., Muehlenkamp J.J. An international comparison of non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol. Med.* 2009; 39: 1549–1558. DOI: 10.1017/S0033291708005114
- Andover M.S. Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. *Psychiatry Res.* 2014; 219: 305–310. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.06.001
- Klonsky E.D. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol. Med.* 2011; 41: 1981–1986. DOI: 10.1017/S0033291710002497
- World Preventing suicide: A global imperative Geneva, World Health Organization. 2014. Available at [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/)
- Casey B.J., Jones R.M., Hare T.A. The adolescent brain. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2008; 1124: 111–126.
- Harter S., Stocker C., Robinson N.S. The perceived directionality of the link between approval and selfworth: the liabilities of a looking glass self-orientation among young adolescents. *J. Res. Adolesc.* 1996; 6: 285–308.
- Somerville L.H., Jones R.M., Ruberry E.J., Dyke J.P., Glover G., Casey B.J. The medial prefrontal cortex and the emergence of self-conscious emotion in adolescence. *Psychol. Sci.* 2013; 24 (8): 1554–1562.
- Stroud L.R., Foster E., Papandonatos G.D., Handwerker K., Granger D.A. et al. Stress response and the adolescent transition: performance versus peer rejection stressors. *Dev. Psychopathol.* 2009; 21 (1): 47–68.
- Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics.* 2006; 117: 1939–1948. DOI: 10.1542/peds.2005-2543

23. Quinn P., Surgenor P., McGilloway S. An exploratory service-based study of Deliberate Self-Harm (DSH) in Ireland: 'A hidden population'? *Ir Med J.* 2017 May 10; 110 (5): 561.
24. Gratz K.L. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional in expressivity, and affect intensity/reactivity. *Am. J. Orthopsychiatry.* 2006; 76: 238–250. DOI: 10.1037/0002-9432.76.2.238
25. Давидовский С.В. Особенности суицидального поведения среди жителей г. Минска. *Здравоохранение.* 2016; 3: 72–77. [Davidouski S.V. Features of suicidal behavior among Minsk inhabitants. *Health.* 2016; 3: 72–77.] (In Russ)
26. Bolognini M., Plancherel B., Laget J., Stephan P., Halfon O. Adolescents' self-mutilation – relationship with dependent behaviour. *Swiss J. Psychol.* 2003; 62: 241–249. DOI: 10.1024/1421-0185.62.4.241
27. Darche M.A. Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *Psychiatr. Hosp.* 1990; 21: 31–35.
28. Klonsky E.D., Oltmanns T.F., Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am. J. Psychiatry.* 2003; 160: 1501–1508. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.8.1501
29. Iannaccone M., Cella S., Manzi S., Visconti L., Manzi F., Cotrufo P. My body and me: self-injurious behaviors and body modifications in eating disorders – preliminary results. *Eat. Disord.* 2013; 21: 130–139. DOI: 10.1080/10640266.2013.761087
30. Graff H., Mallin R. The syndrome of the wrist cutter. *Am. J. Psychiatry.* 1967; 124: 74–80. DOI: 10.1176/ajp.124.1.36
31. Pao P. The syndrome of delicate self-cutting. *Br. J. Med. Psychol.* 1969; 42: 213–221. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1969.tb02071.x
32. Rosenthal R., Rinzler C., Wallach R., Klausner E. Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. *Am. J. Psychiatry.* 1972; 128: 1363–1368. DOI: 10.1176/ajp.128.11.1363
33. Kahan J., Pattison E.M. Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self-harm syndrome (DSH). *Suicide Life Threat. Behav.* 1984; 14: 17–35. DOI: 10.1111/j.1943-278X.1984.tb00334.x
34. Favazza A.R., Rosenthal R.J. Varieties of pathological self-mutilation. *Behav. Neurol.* 1990; 3: 77–85. DOI: 10.3233/BEN-1990-3202
35. Muehlenkamp J.J. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am. J. Orthopsychiatry.* 2005; 75: 324–333. DOI: 10.1037/0002-9432.75.2.324
36. Wilkinson P., Goodyer I. Non-suicidal self-injury. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2011; 20: 103–108. DOI: 10.1007/s00787-010-0156-y
37. Shaffer D., Jacobson C. Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2009.
38. Regier D.A., Narrow W.E., Clarke D.E., Kraemer H.C., Kuramoto S.J., Kuhl E.A. et al DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am. J. Psychiatry.* 2013; 170: 59–70. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12070999
39. In-Albon T., Ruf C., Schmid M. Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of non-suicidal self-injury in female adolescents: diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry J.* 2013; 13: 159–208. DOI: 10.1155/2013/159208
40. Turner B.J., Dixon-Gordon K.L., Austin S.B., Rodriguez M.A., Rosenthal M.Z., Chapman A.L. Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Res.* 2015; 230: 28–35. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.07.058
41. Selby E.A., Bender T.W., Gordon K.H., Nock M.K., Joiner T.E. Non-suicidal selfinjury (NSSI) disorder: a preliminary study. *Personal. Disord.* 2012; 3: 167–175. DOI: 10.1037/a0024405
42. Glenn C.R., Klonsky E.D. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2013; 42: 496–507. DOI: 10.1080/15374416.2013.794699
43. Washburn J.J., Potthoff L.M., Juzwi K. R., Styer D.M. Assessing DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder in a clinical sample. *Psychol. Assess.* 2015; 27: 31–41. DOI: 10.1037/pas0000021
44. Zetterqvist M., Lundh L.G., Dahlström Ö., Svedin C.G. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J. Abnorm. Child Psychol.* 2013; 41: 759–773. DOI: 10.1007/s10802-013-9712-5
45. Gratz K.L., Dixon-Gordon K.L., Chapman A.L., Tull M.T. Diagnosis and characterization of DSM-5 non-suicidal self-injury disorder using the clinician administered non-suicidal self-injury disorder index. *Assessment.* 2015; 22: 527–539. DOI: 10.1177/1073191114565878
46. Kaess M., Parzer P., Mattern M., Plener P.L., Bifulco A., Resch F., et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res.* 2013; 206: 265–272. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.10.012
47. Медико-социальные аспекты суицидального поведения подростков и молодежи / С.А. Игумнов, А.П. Гелда, Е.В. Гуткевич, Е.Д. Счастныи / род научной редакцией академика РАН Н.А. Бохана. Москва, Минск, Томск. Издательство ООО Интегральный переплет, 2020. 178 с. [Medico-social aspects of suicidal behavior in adolescence and youth / S.A. Igumnov, A.P. Gelda, E.V. Gutkevich, E.D. Schastnyy / scientific editor academician of RAS N.A. Bokhan. Moscow, Minsk, Tomsk: Tomsk Center for Scientific and Technical Information, 2020. 178 p.] (In Russ)
48. Moran P., Coffey C., Romaniuk H., Olsson C., Borschmann R., Carlin J.B., Patton G.C. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population based cohort study. *The Lancet.* 2011; 379: 236–243.
49. Nock M.K., Prinstein M.J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J. Clin. Consult. Psychol.* 2004; 72: 885–890. DOI: 10.1037/0022-006X.72.5.885
50. Briere J., Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am. J. Orthopsychiatry.* 1998; 68: 609–620. DOI: 10.1037/h0080369
51. Laye-Gindhu A., Schonert-Reichl K.A. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the whats and whys of self-harm. *J. Youth Adolesc.* 2005; 34: 447–457. DOI: 10.1007/s10964-005-7262-z
52. Stanley B., Sher L., Wilson S., Ekman R., Huang Y., Mann J.J. Non-suicidal selfinjurious behaviour, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders.* 2010; 124: 134–140.
53. Plener P.L., Libal G., Keller F., Fegert J.M., Muehlenkamp J.J. An international comparison of non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychol. Med.* 2009; 39: 1549–1558. DOI: 10.1017/S0033291708005114
54. Schmahl C., Bohus M., Esposito F., Treede R.D., Di Salle F., Greffrath W., Ludaescher P., Jochims A., Lieb K., Scheffler K., Hennig J., Seifritz E. Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry.* 2006; 63: 659–667.
55. Kraus A., Valerius G., Seifritz E., Ruf M., Bremner J.D., Bohus M., Schmahl C. Script-driven imagery of self-injurious behaviour in patients with borderline personality disorder: a pilot fMRI study. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2010; 121: 41–51.
56. Janis I.B., Nock M.K. Are self-injurers impulsive? Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry Research.* 2009; 169: 261–267.
57. Crowell S.E., Beauchaine T.P., McCauley E., Smith C.J., Stevens A.L., Sylvers P. Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls. *Dev. Psychopathol.* 2005; 17 (4): 1105–1127.
58. Fanelli G., Serretti A. The influence of the serotonin transporter gene 5-HTTLPR polymorphism on suicidal behaviors: a meta-analysis. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 2018; 88: 375–387.
59. Давидовский С.В., Ибрагимова Ж.А., Гончарик А.В., Марчук С.И., Залеская И.С., Третьяк А.Н., Хвостова И.И., Данилова Л.И. Особенности генотипа лиц, совершивших парасуицид. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.* 2019; 10 (3): 417–427. [Davidouski S., Ibragimova J., Goncharik A., Marchuk S., Zaleskaya I., Tretyk A.N., Hvostova I., Danilova L. Features of the genotype of individuals who have committed suicide attempts. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology.* 2019; 10 (3): 417–427.] (In Russ)
60. Tiefenbacher S., Novak M.A., Lutz C.K., Meyer J.S. The physiology and neurochemistry of self-injurious behaviour: A nonhuman primate model. *Frontiers in Bioscience.* 2005; 10: 1–11.

61. Kaess M., Hille M., Parzer P., Maser-Gluth C., Resch F., & Brunner R. Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*. 2012; 37: 157-161.
62. Nixon M.K., Cloutier P.F., Aggarwal S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002; 41: 1333-1341.
63. Ludäscher P., Greffrath W., Schmahl C., Kleindienst N., Kraus A., Baumgärtner U., Magerl W., Treede R.D., Bohus M. A cross-sectional investigation of discontinuation of self-injury and normalizing pain perception in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009; 120: 62-70.
64. Miller A.B., Prinstein M.J. Adolescent suicide as a failure of acute stress-response systems. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2019; 2: 12.
65. Давидовский С.В., Ибрагимова Ж.А., Гончарик А.В., Картун Л.В., Леонов Н.Н., Данилова Л.И., Кужаль В.В., Залеская И.С., Третьяк А.Н., Микицкий Ю.М. Классификационный метод прогнозирования суицидального риска. *Вестни Національної академії наук Беларусі. Серія медичних наук*. 2020; 17 (2): 248-256. [Davydovsky S.V., Ibragimova Zh. a., Goncharik A.V., Kartun L.V., Leonov N.N., Danilova L.I., Kuzhal V.V., Zalesskaya I.S., Tretyak A.N., Mikitsky Yu.M. Classification method for predicting suicidal risk. *News of the national Academy of Sciences of Belarus. Medical science series*. 2020; 17 (2): 248-256.] (in Russ)
66. Dwivedi Y. The neurobiological basis of suicide / University Boca Raton (FL): CRC Press / Taylor & Francis; 2012. 482 p.
67. van Heeringen K. The neuroscience of suicidal behavior. Hardcover / Cambridge University Press, 2018. 286 p.
68. Oquendo M.A., Baca-Garcia E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*. 2014; 13: 128-130.
69. Galynker I., Yaseen Z.S., Cohen A., et al. Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: the suicide crisis inventory. *Depress Anxiety*. 2017; 34: 147-158.
70. Rogers M.L., Galynker I., Yaseen Z., et al. An overview and comparison of two proposed suicide-specific diagnoses: Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD) and Suicide Crisis Syndrome (SCS). *Psychiatr Ann*. 2017; 47: 416-420.
71. Joiner T.E., Simpson S., Megan J.D., Rogers L., Ian M.S., Stanley H., Galynker I.I. Law and Psychiatry. *Journal of Psychiatric Practice*. 2018; 24 (4): 124-129.

## MODERN CONCEPTIONS AND MANIFESTATION FEATURES OF SELF-HARMING BEHAVIOR

S.V. Davidouski<sup>1</sup>,  
S.A. Igumnov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Belarusian State Medical Academy for Postgraduate Education, Minsk, Belarus; davidouski@yandex.by

<sup>2</sup> National Research Center for Addictions – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia; sigumnov67@gmail.com

### Abstract:

To date several biological risk factors have been identified as contributing to suicidal and self-harming behavior. The differences relate to changes in key neurotransmitter systems (serotonergic, polyamine stress response, glutamatergic and GABAergic systems), inflammatory response, astroglial dysfunction, neuronal plasticity factor, which confirms the need to differentiate people who do have a suicidal motive and who are prone to non-suicidal self-injurious behavior out of the total number of suicidal attempts. Non-suicidal self-injury (NSSI) is defined as repetitive, deliberate, direct injury to the body without suicidal intent that is not socially acceptable. The NSSI Integrated Theoretical Model for Development and Support suggests that this type of behavior functions as a method of regulating emotional experience and social interaction when a stressful event occurs. The NSSI is currently included in section 3 of the DSM-5 and is classified as a recommended condition for further study. In the American Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revision 4 (DSM-IV-TR) and ICD-10, NSSI is coded as a symptom of borderline personality disorder.

**Keywords:** suicidal behavior, self-injurious behavior, self-harm, suicidal intentions, borderline personality disorder, BPD

### Вклад авторов:

С.В. Давидовский: разработка дизайна исследования, обзор публикаций, написание и редактирование текста рукописи;

С.А. Игумнов: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи.

### Authors' contributions:

S.V. Davidouski: developing the research design, reviewing of publications, article writing, article editing;

S.A. Igumnov: 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: 02.08.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 01.11.2020.

Для цитирования: Давидовский С.В., Игумнов С.А. Современные концепции и особенности проявления самоповреждающего поведения. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 33-43. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-33-43

For citation: Davidouski S.V., Igumnov S.A. Modern conceptions and manifestation features of self-harming behavior. *Suicidology*. 2020; 11 (3): 33-43. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-33-43

## НЕСУИЦИДАЛЬНЫЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ: ОБЩЕЕ И ОСОБЕННОЕ. Часть I.

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

### ADOLESCENTS NON-SUICIDAL SELF-INJURY: GENERAL AND PARTICULAR. Part I.

E.B. Lyubov, P.B. Zotov

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

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 первой части обзора самоповреждающее поведение («селф-харм», СХ) рассмотрено как спектр прямых и непрямых форм девиантного поведения с акцентом на несуйцидальное СХ подростков в сопоставлении со старшими возрастными и учётом гендерного аспекта. Уточнены распространённость, возможно, растущая, СХ в клинических и популяционных выборках, функции СХ; обсуждены модели (гипотезы) СХ и взаимосвязи несуйцидального и суйцидального поведения.

*Ключевые слова:* самоповреждения, несуйцидальные самоповреждения, распространённость, факторы риска

Счастье или несчастье человека в основном является делом его собственных рук.

*Дж. Локк*

Боль хочет, чтобы её чувствовали.

*Дж. Грин «Винноваты звезды»*

A person's happiness or unhappiness is mainly the work of his own hands.

*J. Locke*

Pain wants to be felt.

*J. Green. "The Stars are to blame"*

Намеренное самоповреждение» (deliberate self-harm; англицизм «селф-харм», или далее – СХ) сопровождает историю человечества [1].

Бесноватый «ночью и днём, в горах и гробах, кричал и бился о камни» (Мк.5:1-14), но излечен Иисусом.

Научный, клинический и общественный интерес к СХ вырос. Так, при использовании поискового сло-

Intentional self-harm "(deliberate self-harm, self-injury, further on the text SH) accompanies the history of mankind [1].

The demon-possessed "was crying and gashing himself with the stones night and day, in the mountains and among tombs" (Mark 5: 1-14), but he was healed by Jesus.

Scientific, clinical and public interest in

ва «несуицидальное самоповреждение» в поисковой базе PubMed более 25000 источников за последние 10 лет.

Изучение СХ (подростков) – важная научно - практическая проблема в нескольких аспектах:

1) масштабов клинико-социального и экономического бремени для пациента, его близких, медицинских служб и общества в целом [2];

2) в свете лучшего понимания природы пагубного (рискованного) для здоровья поведения, включая злоупотребление психоактивных веществ (ПАВ) и

3) суицидального поведения (СП) [3, 4].

Игнорирование психических расстройств в основе СХ и СП подростков чревато неблагоприятными последствиями по мере взросления: ухудшением физического и психического благополучия и ограничениями полноценной (качественной) жизни.

Метод. Обзор литературы основан на выборочном поиске в PubMed, PsycINFO, Cochrane Library базах данных с особым вниманием к группам высокого риска, используя поисковые термины «adolesc, NSSI, self-harm». Включены уместные русскоязычные исследования.

Определения.

Всякая профессия – заговор против непосвящённого. *Б.Шоу.*

*Подростковый возраст* – переходный период развития человека между детством и зрелостью. Согласно терминологии Фонда ООН в области народонаселения, подростки 10-19 лет (ранний подростковый возраст 10-14 лет; поздний подростковый возраст 15-19 лет) – каждый шестой землянин.

Обычно в литературе о СХ подростки (12-17 лет) и молодые (18-25 лет) формально разделены при обобщённой оценке [5].

Описание «психотипа» подростков традиционно иронично-нелицеприятно с тягой к морализаторству. Но важный общий смысл прослежен взрослыми веками: они – «другие».

Аристотелевы «пьяные без вина» подростки «... обожают роскошь, у них плохие манеры и нет никакого уважения к авторитетам ... выказывают неуважение к старшим, слоняются без дела и постоянно сплетничают ... всё время спорят с родителями, они постоянно вмешиваются в разговоры и привлекают к себе внимание, они прожорливы и тиранят учителей. *Сократ.*

Хотел бы я, чтобы между шестнадцатью и двадцатью годами не было никакого возраста или чтобы молодёжь могла проспять это время; а то ведь в эти годы у них только и дела, что делать девкам детей, обирать стариков, воровать да драться. *Шекспир «Зимняя сказка».*

...для подростка нормально вести себя достаточно длительное время несоответствующим и непредсказуемым образом; бороться с влечениями и в то же время принимать их, противостоять и поддаваться им; любить родителей и ненавидеть их, восставать против них и зависеть от них, глубоко стыдиться посвящать свою мать во все свои дела и

SH has grown. So, when using the search word "non-suicidal self-harm" in the PubMed search base, there are more than 25,000 sources over the past 10 years.

The study of (adolescents) SH is an important scientific and practical issue due to several aspects:

1) in the scale of the clinical, social and economic burden for the patient, their relatives, medical services and society as a whole [2];

2) in terms of a better understanding of the nature of harmful (risky) health behavior, including substance abuse and

3) suicidal behavior (SB) [3, 4].

Ignoring mental disorders that underlie adolescents SH and SB is fraught with adverse consequences as they grow up: a deterioration in physical and mental well-being and limitations of a full (quality) life.

Method. The literature review is based on selective searches of PubMed, PsycINFO, Cochrane Library databases with a particular focus on high-risk groups using search terms "adolesc, NSSI, self-harm". Relevant Russian language studies included.

Definitions.

All professions are conspiracies against the laity. *B. Shaw.*

Adolescence is a transitional period of human development between childhood and maturity. According to the terminology of the United Nations Population Fund, adolescents are individuals aged 10-19 (10-14 is considered early adolescence and 15-19 is considered late adolescence) and every sixth human on earth is adolescent.

Usually in the literature on SH, adolescents (12-17 years old) and young people (18-25 years old) are formally separated in the generalized assessment [5].

The description of the adolescent "psycho-type" is traditionally ironic and impartial with a tendency for moralizing. But an important general meaning has been traced by adult for ages: they are "different".

Aristotle's teenagers who are "drunk without wine"... adore luxury, have bad manners and have no respect for authorities ... show disrespect to their elders, hang around and gossip constantly ... argue with their parents all the time, they constantly interfere in conversations and attract attention, they are gluttonous and tyrannize teachers. *Socrates.*

"I wish there were no age between ten and three-and-twenty, or that youth would sleep out the rest; for there is nothing in the between but getting wenches with child, wronging the anciently, stealing, fighting." *Shakespeare. "The Winter's Tale".*

... it is normal for a teenager to behave in an inappropriate and unpredictable manner for a sufficiently long time; to fight with their drives and at the same time accept them, resist and give in to

жаждать разговора с ней по душам; успешно идентифицироваться с другими, пока идёт неустанный поиск своей собственной идентичности; быть более идеалистичным, артистичным, искренним и бескорыстным, чем когда-либо в дальнейшем, но и наоборот, эгоистичным, самодовольным, расчётливым. Такие колебания между крайними противоположностями были бы расценены как стопроцентно патологические в любой другой период жизни... Эго индивида не прекращает экспериментировать. *А. Фрейд*.

*Поколение «зет»*, 1996-2017 г.р. самое разнообразное и многокультурное поколение; по самоописаниям, глобалисты с быстроменяющейся самоидентификацией, нарушители правил и технические аборигены: социальные медиа, технологии и киберзапугивание оказывают наибольшее влияние.

*Поколение снежинок* (Generation Snowflake) – ироничное обозначение поколения, взрослеющего вместе с XXI веком; подчёркивает уязвимость молодых и их уверенность в своей исключительности.

Детство и подростковый период признаны ВОЗ критическими этапами жизненного цикла, в ходе которых формируются закономерности поведения, предопределяющие текущее состояние здоровья и показатели здоровья в будущем [6].

Подростковый возраст – период значимых неврологических и биологических сдвигов, проблем учёбы и работы, романтических отношений, роста ответственности и независимости.

Когда мне было четырнадцать лет, мой отец был так глуп, что я с трудом переносил его. Когда мне исполнился двадцать один, я был изумлён, как поумнел старик за эти семь лет! *М. Твен*

В итоге кумуляции генетических, биологических, психиатрических, психосоциальных и культурных воздействий СХ приурочены к началу полового созревания [7].

Противна молодость. Противна!

Признаем это объективно.

Она собой упоена,

Хотя не может ни хрена.

Она навязчива, болтлива,

Глупа, потлива, похотлива,

Смешна гарольдовым плащом

И вулканическим прыщом.

*Д. Быков «Прощай, молодость»*

Вероятно, сейчас я счастливее, чем прежде, и всё же должен признать, что променял бы всего себя, такого, каким стал, на то, чтобы быть тобой, вечно несчастным, нервным, диким, недоумевающим и отчаявшимся 16-летним Стивеном. Злым, объатым тревогой и несуразным, но живым. Потому что ты умеешь чувствовать, а уметь чувствовать – важнее, чем то, как себя чувствуешь. Омертвление души – единственное непростительное преступление, а если счастье на что-то и способно, так это на то, чтобы замаскировать омертвление души. *Ст. Фрай*

Разнообразные физические, эмоциональные и социальные изменения, в том числе воздействие факторов бедности, жестокого обращения или насилия,

them; love parents and hate them, rebel against them and depend on them, they are deeply ashamed to devote their mothers to all their affairs and yearn for a heart-to-heart conversation with her; successfully identify with others while there is a relentless search for one's own identity; be more idealistic, artistic, sincere and unselfish than ever later, but conversely, selfish, self-righteous, calculating. Such fluctuations between extreme opposites would be regarded as one hundred percent pathological in any other period of life ... The ego of the individual does not stop experimenting. *A. Freud*.

*Generation Z*, born between 1996 and 2017, is the most diverse and multicultural generation; according to their self-reports they are globalists with fast shifting identities, rule breakers and tech natives: social media, technology, and cyberbullying have the greatest impact.

*Generation Snowflake* is an ironic designation of a generation growing up with the 21st century; emphasizes the vulnerability of young people and their confidence in their exclusivity.

Childhood and adolescence are recognized by WHO as critical stages of the life cycle, during which behavioral patterns are formed that determine the current state of health and health indicators in the future [6].

Adolescence is a period of significant neurological and biological shifts, problems at study and work, romantic relationships, growth of responsibility and independence.

When I was fourteen years old, my father was so stupid that I could hardly bear him. When I turned twenty-one, I was amazed how the old man had grown wiser in these seven years! *M. Twain*.

As a result, the cumulation of genetic, biological, psychiatric, psychosocial and cultural influences of SH are timed to the onset of puberty [7].

Youth is disgusting. Disgusting!

We admit this objectively.

It is intoxicated with itself

But it can fucking nothing.

It is obsessive, talkative

Foolish, sweating, lustful,

Funny with the Harold's cloak

And a volcanic pimple.

*D. Bykov. "Goodbye youth"*

I'm probably happier now than before, and yet I have to admit that I would trade all of myself, the way I've become, for being you, the eternally unhappy, nervous, wild, bewildered and desperate 16-year-old Stephen. Angry, anxious and awkward, but alive. Because you can feel, and knowing how to feel is more important than how you feel. The death of the soul is the only unforgivable crime, and if happiness is capable of anything, it is to disguise the death of the soul. *St. Fry*.

Different physical, emotional and social changes, including exposure to poverty, abuse or violence, increase adolescents' vulnerability to developing mental health problems in adulthood.

усиливают уязвимость подростков к развитию психических расстройств во взрослой жизни.

Как постичь великолепие и полноту юности, если все силы уходят на борьбу с ошибками, с лживыми догмами родителей и длинной вереницы предков? Разве главное земное предназначение молодости – бунтовать, разрушать, убивать? Разве для того даётся молодость, чтобы приносить её в жертву? А юные мечты?! Всегда ли их считать глупыми причудами возраста? Мечты – побеги и почки воображения. Попробуйте задушить или исказить юношеские мечты, и вы уничтожите их творца. Там, где не было подлинной юности, невозможна подлинная зрелость... *Г.Миллер. «Время убийц»*

«Поколением снежинок» (snowflake generation) назвали рождённых в странах золотого миллиарда после 1990 г. Самые большие хороводы снежинок в старших классах приличных школ. Беззаботные сытые снежинки (представили?) ненавидят насилие (так им кажется); превыше всего безопасность (в том числе эмоциональная); обостренно чувствительны, мнительны и впечатлительны; не привычны к лишениям, тяжелому труду, грубому обращению; нетерпимы к оппонентам; видят историю чередой преступлений, от коих отрекаются (от мировой литературы тоже); убеждены в уникальности и высоко себя ценят; обладают ограниченной фантазией; при несовпадении представлений с реальной жизнью сильный стресс; охотно делятся интимными переживаниями; политкорректные левые детоцентристы с феминистскими взглядами, вегетарианцы; не терпят тишины и одиночества.

Историческая перспектива СХ.

Несмертельные и преднамеренные формы СХ рассмотрены как попытки самоубийства, независимо от намерения добровольно умереть [8].

В дополнение к дискуссии о мотивации, ипостаси СХ привело к путанице.

Научить словам – не дать «знание вещей» *Шекспир «Буря»*

Ничто так не враждебно точности суждения, как недостаточное различение. *Э. Берк*

Термины «парасуицид» [9], «самоповреждения» (self-injury), СХ, «несмертельное преднамеренное самоповреждение» (non-fatal deliberate self-harm) использованы для СХ поведения, не влекущего смерти, независимо от намерения самоубийства. Однако вслед парасуициду нередко «истинное» СП. По определению ВОЗ (1982), парасуицид и суицидальная попытка (незавершённый суицид) синонимичны.

В отечественной суицидологии СХ в рамках аутоагрессивного поведения [10, 11]. Обобщающий термин СХ поведения – сознательные и неосознанные причинение себе несмертельного вреда телесному или психическому здоровью как разрушение или изменение *любых* тканей тела (самопорезы, самоотравление), *независимо от мотивов* или намерения умереть – связано с риском психических расстройств, суици-

How to comprehend the splendor and fullness of youth, if all forces are spent on fighting mistakes, with the false dogmas of parents and a long line of ancestors? Is it the main earthly destiny of youth – to rebel, destroy, kill? Is it for this purpose the youth is given to sacrifice it? And what about youthful dreams?! Are they always considered silly quirks of age? Dreams are springs and buds of imagination. Try to stifle or distort youthful dreams, and you will destroy their creator. Where there was no true youth, true maturity is impossible... *G. Miller. "Time for killers".*

The "Generation Snowflake" was the name given to those born in the countries of the golden billion after the 1990s. The biggest round dances of snowflakes are in the high school of prestigious schools. Imagine carefree well-fed snowflakes who hate violence (as they think); safety (including emotional) is above all for them; they are acutely sensitive, suspicious and impressionable; not accustomed to deprivation, hard work, rude treatment; intolerant of opponents; they see history as a series of crimes, which they renounce (from world literature too); they are convinced of their uniqueness and value themselves highly; they have limited imagination; when their ideas do not coincide with real life, they are under severe stress; they willingly share their intimate experiences, are feminist-minded, politically correct left-wing children, vegetarians; do not tolerate silence and loneliness.

Historical perspective of SH.

Non-fatal and deliberate forms of SH are considered as attempts at suicide, regardless of the intention to die voluntarily [8].

In addition to the discussion about motivation, the hypostasis of SH has led to confusion.

To teach words does not mean to give "knowledge of things". *Shakespeare W. "The Storm".*

Nothing is more hostile to precision of judgment than lack of discrimination. *E. Burke*

The terms "parasuicide" [9], "self-injury", SH, "non-fatal deliberate self-harm" are used for SH behavior that does not lead to death regardless of the intention to commit suicide. However, parasuicide is often followed by "true" SB. According to the definition of WHO (1982), parasuicide and a suicide attempt (incomplete suicide) are synonymous.

In the national suicidology SH is studied in the framework of autoaggressive behavior [10, 11]. The generalizing term for SH behavior is conscious and unconscious infliction of non-fatal harm to bodily or mental health to oneself as destruction or alteration of *any body* tissues (self-cutting, self-poisoning), *regardless of the motives* or intention to die; SH is associated with the risk of mental disorders, suicidal behavior (SB) and other adverse consequences [12, 13, 14].

дального поведения (СП) и иных неблагоприятных последствий [12, 13, 14].

Широкое определение СХ включает несуицидальные СХ (нСХ) и суицидальные попытки [15].

Возможно, этиологически и функционально отличные друг от друга при существенном перехлесте [15] и поведенческое намерение в отношении самоубийства изменчиво [16, 17].

Большинство совершающих СХ не стремятся покончить с собой, и «попытка самоубийства» не применима к широкому спектру намерений, выражаемых сходным поведением [18].

Различают СХ поведение *прямое*, когда телесные повреждения служат предполагаемой цели и *непрямое*, или *косвенное* [17].

Обзор сосредоточен на прямом СХ, а именно, нСХ, но полезно обсудить косвенные формы СХ и рассмотреть, как они связаны с прямым.

Косвенное СХ поведение [цит. по 19].

Клинический интерес восходит к 30-м годам XX века. Косвенный СХ включает действия, увеличивающие вероятность негативных последствий и / или уменьшающие шанс достижения позитивных [20], а потому определено, вслед психоаналитику К. Меннингеру, полагавшему «членовредительство» (self-mutilation) проявлением ослабленного желания смерти, частичного, или смягченного суицида [21] как «затяжное», «медленное» самоубийство.

Монтгомери Клифт (25 лет), один из первых секс-символов, после вечеринки врезался в столб. Сломал нос и челюсть, скула осталась парализованной. Пристрастился к болеутоляющим и спиртному. СХ актёра названо «самым долгим суицидом в истории Голливуда» (умер через 20 лет).

Рембо был живым самоубийцей ... Из соображений приличия он мог бы покончить счёты с жизнью в девятнадцать лет, но нет, он все тянул и тянул и, по прихоти, растратив жизнь впустую, сделал нас свидетелями живой смерти... В том, что он превратил успех в такое горькое поражение, и заключалось его торжество. Требовалась дьявольская смелость (пусть и неосознанная), дабы наглядно доказать это. *Г. Миллер «Время убийц»*

«Король Голливуда» К. Гейбл, не оправившийся годами после гибели жены, искал смерти лёгчиком, затем пил и носился на мотоцикле меж съёмок, заявляя, что «не ищет смерти, а просто не хочет жить»<sup>1</sup>.

Осознанное намерение умереть и немедленный личный вред *не* служат ведущими мотиваторами поведения; физический вред и / или боль отставлены от самого поведения, но негативные последствия проявлены в краткосрочной и долгосрочной перспективах [18]. Налицо компромисс, когда некий риск травмы / вреда (возможно, отставленного и необязательного) известен и приемлем как побочный эффект при балансе с желаемыми преимуществами сиюминутного

The broad definition of SH includes non-suicidal SH (nSH) and suicidal attempts [15].

Possibly they are etiologically and functionally distinct from each other with significant overlap [15], even though behavioral intention to commit suicide is variable [16, 17].

Most of those who commit SH do not seek to commit suicide, and an “attempted suicide” does not apply to the wide range of intentions expressed by similar behavior [18].

There is direct SH behavior when bodily injury serves the intended purpose and non-direct or indirect SH [17].

The review focuses on direct SH, particularly nSH, but it is useful to discuss indirect forms of SH and how they relate to direct SH.

Indirect SH behavior [cit. to 19].

Clinical interest dates back to the 1930s. Indirect SH includes actions that increase the likelihood of negative consequences and / or reduce the chance of achieving positive ones [20], and therefore it is determined, following the psychoanalyst K. Menninger, who believed “self-mutilation” to be a manifestation of a weakened desire for death, partial, or mitigated suicide [21] as a “protracted”, “slow” suicide.

Montgomery Clift (25), one of the first sex symbols, crashed into a pole after a party. He broke his nose and jaw, and the cheekbone remained paralyzed. He got addicted to painkillers and alcohol. Actor’s SH was called “the longest suicide in the history of Hollywood” (died 20 years later).

Rimbaud was a living killer of self ... For reasons of decency, he could have committed suicide at nineteen, but no, he protracted and protracted and, on a whim, having wasted his life in vain, he made us witnesses of a living death ... In a way he turned his success into such a bitter defeat there was his triumph. It took devilish courage (albeit unconscious) in order to clearly prove this. *G. Miller. “Killers’ time”*.

“The King of Hollywood” K. Gable, who wasn’t able to recover after his wife’s death for years, sought death as a pilot, then drank and rushed around on a motorcycle between filming, declaring that “he is not looking for death, but simply does not want to live”.

Conscious intention to die and immediate personal harm are not the leading motivators of behavior; physical harm and / or pain are removed from the behavior itself, but negative consequences are manifested both immediately, and in the long run [18]. There is a give-and-take with some risk of injury / harm (possibly delayed and unnecessary) being known and acceptable as a side effect but overbalanced with the desired benefits of momentary pleasure [17].

... Striving for happiness, a person simultaneously, involuntarily, by force, strives for unhap-

<sup>1</sup> Созвучно: бывает, что не хочется жить, но это ещё не значит, что хочется не жить. *Ежи Леу.*



удовольствия [17].

... стремясь к счастью – человек одновременно, невольно, вынужденно, стремится и к несчастью. Ну – побочный эффект, нежелательная, но обязательная нагрузка в магазине жизненных благ. Если так – то все просто: Счастье обжорства – перевешивает несчастье ожирения, склероза, уродливой фигуры, преждевременных болезней и смерти. Счастье пьянства – сильнее несчастья нищеты. Счастье подвига – сильнее несчастья увечья. *М. Веллер «Всё о жизни: Стремление к счастью»*

*Косвенное СХ представляет* спектр намеренных или неосознанных действий, вредных для физического или психического здоровья без стремления к добровольной смерти, как употребление психоактивных веществ (ПАВ); рискованное, делинквентное поведение; анозогнозия опасной телесной болезни [22, 23].

Среди склонных к самоубийству [цит. по 19] рядом с *искателями смерти* с СП *игроки со смертью*, осознанно стремящиеся к неоправданному риску для жизни; *одобряющие смерть*, осознанно заявляющие о желании смерти без активных действий (видимо, антивитальное настроение).

У самой вершины западного пика лежит иссохший мерзлый труп леопарда. Что понадобилось леопарду на такой высоте, никто объяснить не может. Э. Хемингуэй *«Снега Килиманджаро»*

В субботу вечером словил кайф, напился и улёгся на рельсы в ожидании одиннадцатичасового поезда, положив два больших куска цемента себе на грудь и ноги, и поезд подъезжал всё ближе и ближе. И он проехал по соседним рельсам рядом со мной вместо того, чтобы проехать по мне. *К. Кобейн.*

*Рискованное (для здоровья) поведение* – тип вредоносного поведения: вместо желаемого поведения (подросток) осознает высокую вероятность небольшого («а вдруг пронесет») вреда как злоупотребление ПАВ, совместное использование игл, незащищенный секс и промискуитет, участвует в приятном занятии без ожидания вреда (прыжки с тарзанкой).

Каждое следующее поколение находит свой способ сломать себе шею. Новое приключение. Не говоря уж о старом, испытанном – войне. *И. Шоу «Вершина холма»*

О, эти старания, жажда секундной славы! Мир был мал, человека четыре, пять ... и в этом космосе клокотало наше вожделение: доказать. Нежная, сочащаяся, алая плоть детства ... Нас всех поразило безумие. Показалось, что ходить и даже бегать по барьеру невероятно легко... Тогда это началось: испытывать волю. *Ю. Трифонов. «Дом на набережной».*

Как и при нСХ, поведение может причинить физический вред и боль, но опасения подавлены, и первые не служат самоцелью поведения.

Врачи запретили Бродскому курить. Это его очень тяготило: выпить утром чашку кофе и не закурить?! Тогда и просыпаться незачем! *С. Довлатов «Соло на ундервуде»*

Хотя – жить можно. Что херово

– курить подталкивает бес.

Не знаю, кто там Гончарова,  
но сигарета – мой Дантес.

piness. Well – this is a side effect, an undesirable but obligatory load in the store of life. If so, then everything is simple: The happiness of gluttony outweighs the misery of obesity, sclerosis, an ugly figure, premature illness and death. The happiness of drunkenness is stronger than the misery of poverty. The happiness of feat is stronger than the unhappiness of injury.

*M. Weller. "Everything About Life: The Pursuit of Happiness"*

Indirect SH represents a range of intentional or unconscious actions harmful to physical or mental health without a desire for voluntary death, like the use of psychoactive substances (PAS); risky, delinquent behavior; anosognosia of a dangerous bodily illness [22, 23].

At the very top of the western peak lies the withered, frozen corpse of a leopard. Nobody can explain what the leopard needed at such a height. *E. Hemingway. The Snows of Kilimanjaro.*

On a Saturday night I got high and drunk, and went to the rails waiting for the eleven o'clock train. I put two large pieces of cement on my chest and legs, while the train was coming closer and closer. And it ran the adjacent rails next to me instead of running over me. *K. Cobain.*

*Risky (for health) behavior* is a type of harmful behavior: instead of the desired behavior adolescent realizes the high probability of small ("what if it doesn't happen") harm such as substance abuse, sharing needles, unprotected sex and promiscuity, or participates in a pleasant activity without expecting the harm (bungee jumping).

Each next generation finds its own way to break its neck. A new adventure. Not to mention the old, tried-out one – a real war. *I. Shaw. "The Top of the Hill".*

Oh, these efforts, the thirst for a second of glory! The world was small, there were four, five people ... and in this realm our desire was bubbling: to prove. Delicate, oozing, scarlet flesh of childhood ... We were all struck by madness. It seemed that walking and even running along the barrier was incredibly easy ... Then it began: to try out the will. *Yu. Trifonov. "The House on the Embankment".*

As with nSH, behavior can cause physical harm and pain, but fears are suppressed, and the former do not serve as an end in itself for the behavior.

Doctors forbade Brodsky to smoke. This weighed heavily on him: to drink a cup of coffee in the morning without smoking?! Then there is no need to wake up! *S. Dovlatov. "Solo on an Underwood".*

Although – you can tolerate living. The demon

that pushes to quit smoking is a shit.  
I don't know who this Goncharova is,  
but a cigarette is my d'Anthes.

*I. Brodsky (three heart attacks and three packs of cigarettes a day)*

However, smoking, drinking, Internet ad-

*И. Бродский (три инфаркта и три пачки сигарет в день)*

Однако курение, пьянство, зависимость от Сети, и непреднамеренные травмы) проявлены физическими (диарея, лихорадка, кашель и рвота) и психическими нарушениями [24].

Переживание опасности использовано (экстремалом) для самоуспокоения ... когда игры со смертью выглядят как средство борьбы с разрушительной депрессией ... Травматофилический процесс подобен токсикомании: оба способствуют регрессии в поведении и оба успокаивают... Соотношение между поиском страха и страдания и инстинктом самосохранения позволяет говорить о «перверсии» последнего. «Неонужда», вопреки инстинкту самосохранения обнаруживается как зависимость [25].

Доморощенный эгоцентрик, турист-экстремал «наказан» инфарктом. *Н. Плотников «Маршрут Эдуарда Райнера»*

Во второй 1/2 XVIII в юные девы, чрезмерно увлечённые «ампирной модой» в туниках, смоченных водой, смело выходили на холод и заболели чахоткой. *Journal de mode* в 1802 г., рекомендовал посетить Монмартское кладбище и посчитать жертв «нагой моды».

«Доброкачественный мазохизм», по аналогии с «доброкачественной агрессией» Э. Фромма [26], желание боли с осознанием, что она не вызовет серьёзных повреждений.

Комплекс деструктивных страстей (садомазохизм) Фромм называет синдромом ненависти к жизни, за которой возможная хроническая депрессия.

Риск одного приключения дороже тысячи дней благополучия и комфорта. *П. Козьмо «Вероника решает умереть»*

Под сенью подсознательного «символического суицида» Э. Дюркгейма, отличающего намерение отказа от жизни и знания о возможных, но необязательных последствиях вредоносного поведения<sup>1</sup>, малолетние «адские водители» (автоциды – серая зона суицидальной статистики), перенимающих печальный опыт на дорогах: «каждый водит, как живет».

Дед – внуку: руферов, зацеперов, трейсеров / паркурщиков... в моё время звали ласково – «дебилами». *Из глубин Сети.*

*Для разрядки любезного читателя:*

Руки-ноги перегрызены, весь в шрамах, но не может жить без риска – с плеткой опять в клетку к диким зверям. Всем он известен: Куклачёв. *Из глубин Сети.*

В аддиктивном поведении обострены, по Э. Берну, голод сенсорной стимуляции, признания

Мальчики вместе играли, шалили, и вот на четвёртый или на пятый день гощения на станции состоялось между глупою молодёжью одно преневозможное пари в два рубля, именно: Коля, почти изо всех младший, а потому несколько презираемый старшими, из самолюбия или из бес-

дiction, and unintentional trauma are manifested though physical (diarrhea, fever, coughing and vomiting) and mental disorders [24].

The experience of danger is used (by an extreme fan) for self-soothingness ... when games with death look like a means of fighting destructive depression ... The traumatophilic process is similar to substance abuse: both contribute to regression in behavior and both calm one down... The relationship between the search for fear and suffering and the instinct of self-preservation allows us to speak of the "perversion" of the latter. The "Neo-need" unlike the instinct of self-preservation is revealed as dependence [25].

The homegrown egocentric, extreme tourist was "punished" with a heart attack. *N. Plotnikov. "Eduard Rayner's route".*

In the second half of the 18th century, young maidens, overly keen on "empire fashion" boldly went out into the cold in tunics moistened with water and fell ill with phthisis. *Journal de mode* in 1802, recommended visiting the Montmarthe Cemetery to count the victims of "nude fashion".

"Benign masochism", by analogy with E. Fromm's "benign aggression" [26], is the desire for pain with the knowledge that it will not cause serious damage.

Fromm calls the complex of destructive passions (sado-masochism) the syndrome of hatred of life, followed by possible chronic depression.

The risk of one adventure is more valuable than a thousand days of well-being and comfort. *P. Coelho. "Veronica decides to die"*

Under the shadow of E. Durkheim's subconscious "symbolic suicide", which distinguishes the intention to renounce life and knowledge about the possible, but not charming consequences of harmful behavior, young "hellish drivers" (autocides are a gray zone of suicidal statistics), adopting sad experience on the roads: "Everyone drives the same way he lives."

A grandfather says to his grandson: In my time there was one word to describe roofers, hookers, tracers / parkourists affectionately - "morons". From the depth of the Network.

To ease the kind reader:

His hands and feet are gnawed, he is all covered with scars, but he cannot live without risk – so he enters again a cage of wild animals with a whip. Everyone knows him: Kuklachev. From the depths of the Network.

In addictive behavior, according to E. Bern, lies the hunger for sensory stimulation and recognition.

The boys played together, made fun, and on the fourth or fifth day of staying at the station, one almost impossible bet of two rubles took place between the stupid youth, namely: Kolya, almost

Картина жизни: кассиру – привычно-ерническое: «мне ту синюю пачечку с раком легких».

пardonной отваги, предложил, что он, ночью, когда придёт одиннадцатичасовой поезд, ляжет между рельсами ничком и пролежит недвижимо, пока поезд пронесется над ним на всех парах. Правда, сделано было предварительное изучение, из которого оказалось, что действительно можно так протянуться и сплюснуться вдоль между рельсами, что поезд конечно пронесется и не заденет лежащего, но, однако же какво пролежать! Коля стоял твердо, что пролежит. Над ним сначала смеялись, звали лгунишкой, фанфароном, но тем пуще его подзадорили. Главное, эти пятнадцатилетние слишком уж задирали пред ним нос и сперва даже не хотели считать его товарищем, как "маленького", что было уже нестерпимо обидно ... В надлежащий час Коля лёг между рельсами. Пятеро остальных, державших пари, с замиранием сердца, а наконец в страхе и с раскаянием, ждали внизу насыпи подле дороги в кустах. Наконец загремел вдали поезд, снявшийся со станции. Засверкали из тьмы два красные фонаря, загрохотало приближающееся чудовище. "Беги, беги долой с рельсов!" – закричали Коле из кустов умиравшие от страха мальчишки, но было уже поздно: поезд наскочил и промчался мимо. Мальчишки бросились к Коле: он лежал недвижимо. Они стали его теревить, начали подымать. Он вдруг поднялся и молча сошёл с насыпи. Сойдя вниз, он объявил, что нарочно лежал как без чувств, чтоб их испугать, но правда была в том, что он и в самом деле лишился чувств, как и признался потом сам, уже долго спустя, своей маме. Таким образом, слава "отчаянного" за ним укрепилась навеки. Воротился он домой на станцию бледный как полотно. На другой день заболел слегка нервною лихорадкой, но духом был ужасно весел, рад и доволен. *Ф. Достоевский «Братья Карамазовы»*

По Шкловскому, гениальный Е. Поливанов, прочитав «Братьев Карамазовых», на спор положил руку под поезд.

Сравните с прерванным суицидом (Андреев Л. «Весной») в декорациях железной дороги:

«Вот тут я и лягу», – подумал Павел, вглядываясь в невидимые рельсы. Он уже целую неделю ходил сюда и присматривался, и тут нравилось ему, так как всё – и воздух и могильная тишина говорили о смерти и приближали к ней. Когда он так сидел, тяжело, всем телом, и стены выемки охватывали его, ему казалось, что он уже наполовину умер и нужно сделать немного, чтобы умереть совсем. Каждую весну, вот уже три года, он думал о смерти, а в эту весну решил, что умереть пора. Он ни в кого не был влюблен, у него не было никакого горя, и ему очень хотелось жить, но все в мире казалось ему ненужным, бессмысленным и оттого противным до отвращения, до брезгливых судорог в лице.

Рискованное поведение подростков способствует хроническим телесным и психическим расстройствам в старшем возрасте [27].

Термин СХ использован при описании разнообразного поведения с несмертельным исходом, в котором человек преднамеренно инициирует поступки, как самопорез или употребление ПАВ с намерением (с формальным осознанием пагубных последствий) причинить себе вред [28].

Вероятные негативные последствия опосредованы дополнительными факторами, а связь поведения и

the youngest of all, and therefore somewhat despised by the elders, out of pride or out of shameless courage, suggested that he, at night, when the eleven o'clock train arrives, would lie face down between the rails and lie motionless while the train runs above him at full steam. Though a preliminary study was made, from which it turned out that it is really possible to stretch out and got oneself flat between the rails so that the train will of course sweep and not touch the lying one, but, nevertheless, what is it like to lie! Kolya stood firm that he would lie down. At first, they laughed at him, they called him a liar, a fanfaron, but that made him even more provoked. The main thing is that these fifteen-year-olds looked down at him and at first did not even want to consider him a friend, because he was a "little one", which is already intolerably offensive ... At the proper hour, Kolya lay down between the rails. The five others, betting, with bated breath, and finally in fear and remorse, were waiting at the bottom of the railroad in the bushes. Finally, a train pulled out of the station rang in the distance. Two red lanterns flashed out of the darkness, and the approaching monster rumbled. "Run, run off the rails!" – the boys dying of fear shouted to Kolya from the bushes, but it was too late: the train galloped and rushed past. The boys rushed to Kolya: he was lying motionless. They began to pull at him, began to lift him. He suddenly got up and silently walked off the hill. Going down, he announced that he was deliberately lying as if he were unconscious in order to frighten them, but the truth was that he indeed lost his senses, as he himself later admitted to his mother, a long time later. Thus, the glory of the "desperate" one was his forever. He returned home to the station, pale as a sheet. The next day he fell ill with a slightly nervous fever, but was terribly cheerful, glad and contented in spirit. *F. Dostoevsky. The Brothers Karamazov.*

According to Shklovsky, the brilliant E. Polivanov having read "The Brothers Karamazov" put his hand under the train for a bet.

Compare with the interrupted suicide (L. Andreev "Spring") in the scenery of the railway:

"This is where I'll lie down," thought Pavel peering into the invisible rails. For a whole week he had been walking here and looking closely, and he liked it here, because everything – both the air and the silence of the grave spoke of death and brought him closer to it. When he sat like that, heavily, with his whole body, and the walls of the pit surrounded him, it seemed that he was already half-dead and that only a little effort is needed to die completely. Every spring, for three years now, he thought about death, and this spring he decided that it was time to die. He was not in love with anyone, he did not have any grief, and he really wanted to live, but everything in the world seemed unnecessary, meaningless and therefore obnoxious to disgust, to squeamish convulsions in his face.

Risk behavior in adolescents contributes to chronic physical and mental disorders in older age [27].

The term SH is used to describe a variety

вреда весьма вероятно: включает не только участие в ситуациях высокого риска для жизни и здоровья, но и «бездействие» (намеренное уклонение от лечения хронических, потенциально опасных для жизни, болезней), пренебрежение своим здоровьем и безопасностью [29], часто и – окружающих.

В типологии суицидов, по Е. Schneidman, *инициаторы смерти*: неизлечимо больные, отказывающиеся от жизнепасающей, но не душеподъемной помощи. По Дюркгейму, суицид – и результат осознанного «отрицательного поступка» жертвы.

Тесса (16 лет) бросает мучительное неэффективное лечение лейкоза и выполняет список небезобидных желаний «всё попробовать». Её кредо: если тебе плохо, сделай так, чтобы было плохо и всем остальным. Дж. Даунхэм «Сейчас самое время»

Пандемия корона-вируса высветила новые-старые проявления рискованного поведения [30, 31].

На другом полюсе эгоцентрического поведения «нерациональный» подвиг, альтруистическая, по Э. Дюркгейму, жертва – делу общественному (так называемая позитивная девиация).

Лучше я, ночной порою  
Погибая на седле,  
Буду счастлив под землей,  
Чем несчастен на земле...

М. Сваетлов «В разведке»

Итак, СХ – любое намеренное самоповреждение независимо от мотивации [32].

Несуицидальные самоповреждения (нСХ) – прямое непосредственное и преднамеренное, нередко повторное, повреждение (разрушение) тканей своего тела социально неприемлемое (не соответствующее культурным ожиданиям или нормам) без намерения самоубийства [17, 33, 34].

Мысли об участии в СХ поведении рассматривается его предвестником.

Поступки человека – лучшие переводчики его мыслей. Дж. Локк.

Первая научная статья о СХ в России... (может быть аспиранты глянут С.С. Корсакова) за рубежом: в Германии в середине XIX века [цит. по 35], но текущие научные дебаты вокруг нСХ с 1960-х гг. с «синдрома запястья» (не путать с туннельным синдромом).

нСХ означает прямое и преднамеренное причинение вреда (боль, рана) сразу после такого поведения [36] без намерения смерти. нСХ есть действие (подростка), преднамеренно причиняющего себе физическую боль и/или или поверхностный урон телу или принимая какое-либо вредоносное вещество (передозировка лекарства). Термин «нСХ» применим для СХ без суицидальных намерений с целью желаемых перемен посредством фактических или ожидаемых физических последствий.

Прямые и косвенные формы СХ часто со-

of non-fatal behavior, in which a person deliberately initiates actions, such as self-cutting or the use of surfactants with the intention (with formal awareness of the harmful consequences) to harm themselves [28].

Possible negative consequences are mediated by additional factors, and the relationship between behavior and harm is very likely: it includes not only participation in situations of high risk to life and health, but also "inaction" (deliberate avoidance of treatment of chronic, potentially life-threatening diseases), neglect of one's own health and safety [29] and often – of those around.

Tessa (16) gives up the painful ineffective treatment of leukemia and fulfills a list of not harmless desires "to try everything." Her motto is if you feel bad, make it bad for everyone else. J. Downham. "Before I die".

The corona-virus pandemic has highlighted new-old manifestations of risky behavior [30, 31]

At the other pole of egocentric behavior, there is an "irrational" feat, altruistic, according to E. Durkheim, a sacrifice to a public cause (the so-called positive deviation).

It is better for me to die at night  
While I am on the saddle  
So that I would be happy under the ground  
Rather than unhappy on earth ...

M. Svaetlov. "On an assignment"

So, SH is any intentional self-harm, regardless of motivation [32].

Non-suicidal self-harm (nSH) is direct, immediate and deliberate, often repeated, damage (destruction) of tissues of one's body that is socially unacceptable (not corresponding to cultural expectations or norms) without the intention of suicide [17, 33, 34].

Thoughts about engaging in SH behavior are seen as its precursor.

A person's actions are the best translators of his thoughts. J. Locke.

The first scientific article on SH in Russia (maybe graduate students will check out S. S. Korsakov) was published abroad, in Germany in the middle of the 19<sup>th</sup> century [cit. to 35], but the current scientific debate around nSH has been going on since the 1960s starting with "the wrist syndrome" (not to be confused with carpal tunnel syndrome).

nSH means direct and deliberate harm (pain, injury) immediately after such behavior [36] without the intention of death. nSH is an act (by a teenager) deliberately causing themselves physical pain and / or superficial damage to the body or taking any harmful substance (drug overdose). The term "nSH" is applicable to SH without suicidal intentions with the goal of desired change through actual or anticipated physical consequences

Direct and indirect forms of SH often ac-

путствуют друг другу. Например,  $\frac{1}{4}$  совершающих нСХ сообщают о расстройстве пищевого поведения (нервной анорексии или булимии) и наоборот [цит. по 18]. Ограничивающие себя в еде сообщают о большем желании причинить себе боль в долгосрочной перспективе, чем переедающие или использующие иные компенсаторные формы поведения. То есть при «косвенном» СХ прослежены непосредственно вредные намерения, общие с нСХ.

У выбравших прямые или косвенные формы СХ много общих черт, но и ключевые различия. При сравнении вовлечённых в нСХ и косвенные формы СХ (беспорядочная еда, злоупотребление ПАВ, «токсические» отношения, безрассудное поведение), с занимающимися только косвенными формами СХ первые сообщали о более высоком уровне самокритики и повышенной склонности к СП [18].

Распространённость нСХ в широких пределах в зависимости от географических и экономических факторов, социо-демографических характеристик выборок, возрастной подгруппы и, в последнюю очередь, критериев оценки. СХ совершают 7,5-46,5% (в среднем каждый пятый) подросток в мире против 4-23% взрослых. Частота СХ европейских подростков не менее 10-13%; девушки втрое чаще сообщают о СХ. Сходны данные о нСХ, хотя подразумевается исключение суицидальных попыток, составляющих часть СХ (парасуицидов). нСХ, часто повторные, особо характерны у подростков [13, 35, 37].

В неклинических выборках нСХ (данные международных опросов учащихся) у 16-22% подростков [37, 38, 39], возможно, 25-35% в отдельных европейских рандомизированных школьных выборках [35] против 2,5-5% (4%) взрослых [39].

В российской выборке из почти 650 старших школьников и студентов 13-23 лет 10-14% сообщили о СХ (самопорезах), а 3% – о «частых», причём у дев чаще СХ, а у юношей они более тяжёлые [40]. В ходе скрининга 600 московских школьников 7-11-х классов 17% указали на нСХ, а почти  $\frac{1}{2}$  (46%) – неоднократно [41].

нСХ ( $\geq 1$  эпизода) в течение жизни у 25-35% подростков против 2,5-5% (4%) взрослых [35, 37] при средних показателях в школьных выборках 14,5-17 (8-26)% [38, 39] со сходными показателями у дев и юношей [38], но большими, чем у молодых (13%) и старших (5,5%) в общем населении [39]. Так, почти 20% старших школьников в целом (у  $\frac{1}{4}$  дев) в репрезентативной выборке США  $\geq 1$  нСХ за последний год [42]. Каждый десятый (12%) школьник сообщает о повторных нСХ (= 5 эпизодов в коротенькой пока жизни) [37]. Возможно, данные завышены.

В клинических выборках подростков и молодых 37-50% [43] против 4-21% взрослых [44].

Начало нСХ приурочено к раннему (12-14 лет)

company each other. For example,  $\frac{1}{4}$  of those committing nSH report an eating disorder (anorexia nervosa or bulimia nervosa) and vice versa [cit. by 18]. Those who restrict themselves on food report a greater desire to hurt themselves in the long term than those who overeat or use other compensatory behaviors. That is, in the case of "indirect" SH, the same harmful intentions are directly traced as with nSH.

Those who chose direct or indirect forms of SH have not only many similarities, but also key differences. When comparing those involved in nSH and indirect forms of SH (disordered eating, substance abuse, "toxic" relationships, reckless behavior), with those involved in only indirect forms of SH, the first report a higher level of self-criticism and an increased propensity to SB [18].

The prevalence of nSH varies widely on geographic and economic factors, socio-demographic characteristics of the samples, age subgroups and, last but not least, assessment criteria. SH are committed by 7.5-46.5% (on average every fifth) teenagers in the world versus 4-23% of adults. The frequency of SH among European adolescents is no less than 10-13%; girls are three times more likely to report SH. The data on nSH is similar, even though suicidal attempts that are part of the SH (parasuicides) are excluded. nSH, often repeated, are especially typical in adolescents [13, 35, 37].

In non-clinical samples of nSH (data from international student surveys) there are involved 16-22% of adolescents [37, 38, 39], possibly 25-35% in selected European randomized school samples [35] versus 2.5-5% (4%) adults [39].

In a Russian sample of almost 650 senior schoolchildren and students aged 13-23, 10-14% reported SH (self-cuts), with 3% "frequent" actions; girls tend to report SH more often, while boys tend to report more severe forms [40]. During the screening of 600 Moscow schoolchildren in grades 7-11, 17% indicated nSH, and almost  $\frac{1}{2}$  (46%) did that more than once [41].

nSH ( $\geq 1$  episode) during life is reported by 25-35% of adolescents versus 2.5-5% (4%) adults [35, 37] with average indicators in school samples of 14.5-17 (8-26)% [38, 39] with similar indicators in girls and boys [38], which are higher than in young (13%) and older (5.5%) samples in the general population [39]. Thus, almost 20% of senior schoolchildren as a whole ( $\frac{1}{4}$  girls) in a representative sample of the USA reported  $\geq 1$  nSH over the last year [42]. Every tenth (12%) schoolchild reports repeated nSH (= 5 episodes in a short life so far) [37]. The data may be overstated.

In clinical samples there are 37-50% of adolescents and young adults [43] versus 4-21% of adults [44].

The onset of nSH is confined to early (12-

подростковому возрасту [43, 45], но описаны с 4-х лет [46, 47], причем и СП с некоторыми допущениями, возможно с 5 лет (Амбрумова) и входят в официальную статистику.

На «пиковые» показатели нСХ подростков 15-16 лет указывают длительные наблюдения [48], при существенных различиях риска СП в раннем и старшем подростковом возрастах и росте риска иных видов дисфункционального поведения (как злоупотребление ПАВ) по мере взросления.

Мета-анализ 72 баз данных [45] указал пожизненную распространенность СХ у каждого пятого (17%) из почти 600000 подростков 12-18 лет при росте за 25 лет (1990-2015 гг.)

Частота СХ подростков 12-17 лет представлена моделью айсберга [49].

«Вершина» – смертельные (суициды, не всегда явные) исходы редки; «тело» составляют СХ – ведут к медицинской помощи. «Подводная часть» – СХ в общей возрастной и клинической субпопуляциях – скрыта<sup>1</sup> и недооценена. В 12-14 лет на каждую жертву суицида-мальчика приходится 100 госпитализированных после СХ и 3000 сообщивших о СХ; и в 15-17 лет – 1 : 120 : 800, соответственно. У дев тех же возрастов соотношения 1 : 1200 : 22 000 и 1 : 900 : 6400, соответственно.

Давайте поговорим о том, почему вы хотели покончить с собой. – Я не хотела покончить с собой! – Сюзанна, четыре дня назад вы приняли упаковку аспирина и запили его бутылкой водки. – У меня болела голова ... С. Кейсен «Прерванная жизнь»

Пожизненная распространённость нСХ 17-60% [50].

Естественное течение и развитие нСХ неясно, но нСХ идут на спад по мере прощания с молодостью.

нСХ повторяются и становятся хроническим, причем ¼ его совершающих сообщают о 11-50 эпизодах. Частота повторных нСХ неизменна в 1980-1990-х гг. и после 2000 г. 16% за год при уровне госпитализаций 14%, а по самоотчетам – 22% [51].

При развитии произвольно-экспериментальных манипуляций в гиперкомпенсаторное поведение, у большинства подростков, психиатрических пациентов, нСХ в типовых ситуациях становится в течение 3-6 месяцев самоцелью, долговременными, повторяющимися стереотипно, «привычными».

Признаки аддиктивного поведения (известного и при СП) в снижении порога нСХ, смены «безобидных» форм аутоагрессии (щипки, царапины, интенсивное расчёсывание) самопорезами; учащении нСХ в одном эпизоде при укорочении пауз от недель до дней - часов.

И хотя я резала себя понапрасну, и это мне совсем не

14 years) adolescence [43, 45], but there are records of its development from 4 years of age [46, 47], and SB is included in the official statistics with certain assumptions from 5 years of age (Ambrumova).

Long-term observations [48] indicate that the peak of nSH rates falls on 15–16 years of age with significant differences in risk in early and older adolescence and an increase in the risk of dysfunctional behavior (like the use of psychoactive substances) as they get older.

A meta-analysis of 72 data bases during 25 years (1990-2015) [45] indicates an increase in the lifetime prevalence of SH in one in five (17%) of almost 600,000 adolescents aged 12-18.

The frequency of SH in 12-17-aged adolescents is represented by the iceberg model [49].

The “top” (suicides, not always obvious) entails fatal outcomes that are rare; The “body” is made up of SH which leads to medical assistance. The “underwater part” is comprised of SH in the general age and clinical subpopulations – it is hidden and underestimated. At the age of 12-14, for every male suicide attempter there are 100 hospitalized males due to SH and 3000 of those who reported SH; and at the age of 15-17 the ratio goes 1: 120: 800, respectively. For girls of the same ages, the ratios are 1: 1200: 22,000 and 1: 900: 6400, respectively.

Let's talk about why you wanted to commit suicide. – I didn't want to commit suicide! “Suzanne, four days ago you took a pack of aspirin and washed it down with a bottle of vodka. – My head ached ... S. Keisen. “The Interrupted Life”

The lifetime prevalence of nSH is 17-60% [50].

The natural course and development of nSH is unclear, but nSH is declining as we grow older.

nSH is repeated and becomes chronic, with ¼ of those who commit it reporting 11-50 episodes. The frequency of repeated nSH will remain the same during 1980s-1990s and after 2000s it stays at 16% per year with hospitalizations staying at 14% and with self-reports indicating 22% [51].

With the development of voluntary-experimental manipulations into hypercompensatory behavior, within 3-6 months nSH in typical situations becomes long-term, repetitive stereotypically, “habitual” for adolescents and psychiatric in-patients.

Signs of addictive behavior (also known in SB) manifest themselves in lowering the threshold of nSH, substituting the “harmless” forms of autoaggression (pinching, scratching, intensive combing) with self-cuts; increasing the number of nSH along with shortening pauses from

<sup>1</sup>Sub rosa (лат.) – «под розой», то есть, «тайно», «по секрету».

помогало, а только создавало для меня новые проблемы, в этих действиях всё-таки был смысл и человеческое желание, от которых не осталось и следа в холодных словах лектора о том, что пациент уже «не пытается испробовать новые методы», и в его таблицах с графами «частота», «диагноз» и «повторяемость». Я надолго задумалась о том, что же тут осталось от жизни, её страданий, страхов, от тоски, отчаяния, страха смерти и страха жизни и жгучего кроваво-красного упорства. Однако для лекции, пожалуй, эта тема была бы слишком сложна. Статистика, как правило, бывает гораздо проще и схематичнее. *Арнхильд Лаувенг «Завтра я всегда бывала львом»*

Без эмоционального облегчения самопроизвольный обрыв эпизодов СХ за несколько месяцев. Отсутствие позитивного эмоционального эффекта / ослабления отрицательных эмоциональных состояний, замена СХ иными компенсаторно-регулирующими альтернативами играют ведущую роль в спонтанном обрыве нСХ.

нСХ не ограничены подростковым возрастом и молодостью, СХ возможно в течение всей жизни (пожилые – «серая зона») как продолжение подросткового или впервые выявленное, более – в рамках более очевидной психопатологии.

Гайдар резался. Лезвием безопасной бритвы. У него отнимали одно лезвие, но стоило отвернуться, и он уже резался другим. Попросился в уборную, заперся, не отвечает. Взломали дверь, а он опять режется, где только раздобыл лезвие? Увезли в бессознательном состоянии, все полы в квартире были залиты свернувшейся в крупные сгустки кровью... Я думал, он не выживет. При этом не похоже было, что он стремился покончить с собой; он не пытался нанести себе смертельную рану, просто устраивал своего рода «шахсей-вахсей». Позже, уже в Москве, мне случилось видеть его в одних трусах. Вся грудь и руки ниже плеч были сплошь – один к одному – покрыты огромными шрамами. Ясно было, он резался не один раз... *Б. Закс «Воспоминания о Гайдаре»*

Российнин П. известен перформансами - самоистязаниями как средством общественно-политического высказывания: зашивал себе рот (по примеру уголовников), прибил мошонку гвоздем на площади; на заборе НМИЦ ПН им. ВП Сербского, отрезал себе мочку уха в знак протеста против карательной психиатрии. Публичные СХ завершают судебно-психиатрические экспертизы, признающие его вменяемым (в России), но страдающим ПРЛ (Франция).

Гендерный аспект СХ. Женщины более подвержены СХ в клинических выборках и в общем населении [46]. Женский пол связан с более частыми психопатологическими проблемами [52], особенно интернализирующими, и они связаны с более высоким риском более серьезных форм СХ, как СП [53, 54]. нСХ в анамнезе чаще у женщин [46]. Возможно, женский пол сам по себе – фактор риска нСХ [55, 56], стрессогенных беспокойства и депрессии [37, 57], более частых нСХ у дев подростков (отношение шансов 1,5) [56], чем у сверстников-юношей, особо в клинических выборках [58]. Риск повтора нСХ выше

weeks to days and hours.

And although I cut myself in vain, and it did not help me at all, and it only created new problems for me, these actions still had meaning and human desire, from which not a trace remained in the cold words of the lecturer that the patient already “Doesn't try out new methods”, and in his tables with columns “frequency”, “diagnosis” and “repeatability”. I thought for a long time about what was left of life, its suffering, fears, longing, despair, fear of death and fear of life and burning blood-red stubbornness. However, for a lecture, perhaps, this topic would be too complex. Statistics, as it happens, are much simpler and more schematic. *Arnchild Lauveng. “Tomorrow I've always been a lion.”*

Without the emotional relief, a spontaneous interruption of SH episodes becomes possible in a few months. The absence of a positive emotional effect / weakening of negative emotional states, the replacement of SH and compensatory-regulating alternatives play a leading role in the spontaneous termination of the nSH.

nSH is *not* limited to adolescence and youth, perhaps it goes on throughout life (the elderly are the “gray zone”) being diagnosed during adolescence for the first time and, which is more probable, being part of a more obvious psychopathology.

Gaidar cut himself. With a safety razor blade. One blade was taken away from him, but as soon as you turned away, he already cut himself with another one. He asked to go to the restroom, locked himself, did not respond. They broke down the door, and he was cut again, how did he get the blade? They took him away unconscious, all the floors in the apartment were covered with blood coagulated into large clots ... I thought he would not survive. It didn't seem like he was trying to commit suicide; he did not try to inflict a mortal wound on himself, he simply arranged a kind of “shahsei-wahsey”. Later, already in Moscow, I happened to see him in only his underpants. The entire chest and arms below the shoulders were completely – one by one – covered with huge scars. It was clear that he had cut himself more than once ... *B. Sachs. “Memories of Gaidar”.*

The Russian P. is known for his self-torture performances as a means of social and political expression: he sewed up his mouth (following the example of criminals), nailed his scrotum to the square; cut off his earlobe on the fence of the National Medical Research Center of A.P. Serbskiy to protest against punitive psychiatry. These public SH acts are followed by forensic psychiatric examinations, recognizing him as sane (in Russia), but suffering from BPD (in France).

Gender aspect of SH. Women are more susceptible to SH in clinical samples and in the general population [46]. Female gender is associated with more frequent psychopathological problems [52], especially internalizing problems, and these are associated with a higher risk

у страдающих расстройствами личности дев, когда первый СХ требовал больничного лечения.

Триггерами нСХ служат стрессогенные конфликты, обычно с близкими, в большинстве случаев их объективная тяжесть не соответствует субъективной значимости для подростка, позволяя предположить их кататимно-психогенный характер, обусловленный типичной подростковой дефензивностью и/или депрессией. Большинство подростков с многократными СХ за последние 12 месяцев столкнулись с «смертью / болезнью близкого», «проблемами и конфликтами в семье» [40].

Личностная predisposition, наряду с импульсивностью и аффективной нестабильностью, отчасти представлена классическими чертами аддиктивной личности, по В. Segal (1989): сниженная переносимость трудностей повседневной жизни при хорошей переносимости кризисных ситуаций; скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством; внешняя социальность со страхом перед стойкими эмоциональными контактами; стремлением говорить неправду; обвинять невиновных; уходить от ответственности в принятии решений; стереотипность, повторяемость поведения (как нСХ или употребление ПАВ); зависимость; тревожность; уязвимость в сфере эмоциональной регуляции; личности с низким уровнем эмоциональной компетентности, трудностями понимания собственных эмоций и выражения.

Факторы риска нСХ. Не известна единственная (простая) причина нСХ или СП.

Вот как странно устроен человек, и какие тонкие грани отделяют нас от благополучия или гибели. *М. Шелли «Франкенштейн, или Современный Прометей»*

Биопсихосоциальный подход рассматривает СХ как динамическое единство биологических, психологических, культурных, общественных факторов реализации СХ поведения (включают продолжительность и частоту реализации поведенческой стратегии, тяжесть последствия). Эти переменные конструируют особенность восприятия и реакцию человека на свое поведение и отношение к этому поведению окружающих.

Различают факторы риска и корреляции [59].

Корреляции связаны с конкретным результатом, но специфика ассоциации неоднозначна. Если нарушение регуляции эмоций сосуществует с нСХ, первое – коррелирует второго, если предшествует нСХ и отличает низкую от высокой вероятности нСХ, то – фактор риска. Причинные факторы риска важны для прогнозирования, развития гипотез и целей лечения.

Большинство исследований нСХ коррелятов (перекрестных ассоциаций с нСХ), но развиваются анализы длительного прогноза нСХ [60]. Большинство коррелятов и факторов риска СХ предсказывают многие формы неадаптивного поведения, включая нСХ.

of more serious forms of SH, such as SB [53, 54]. History of nSH is more common in women [46]. Perhaps the female sex itself is a risk factor for nSH [55, 56], stress-generating anxiety and depression [37, 57], and more frequent nSH in adolescent girls (OR=1,5) [56] than in male peers, especially in clinical samples [58]. The risk of recurrence of nSH is higher in girls with personality disorders when the first SH required hospital treatment.

nSH are triggered by stressful conflicts, usually with loved ones; in most cases, their objective severity does not correspond with the subjective significance for the adolescent, suggesting their catatim-psycho-genic nature, caused by typical adolescent defensiveness and / or depression. The majority of adolescents with multiple SH over the past 12 months have faced “death / illness of a loved one”, “problems and conflicts in the family” [40].

Personal predisposition, along with impulsiveness and affective instability, is partly represented by the classic traits of an addictive personality, according to В. Segal (1989): reduced tolerance of the difficulties of everyday life with good tolerance of crisis situations; latent inferiority complex, combined with externally manifested superiority; external sociability with fear of persistent emotional contacts; the desire to tell a lie; accuse the innocent; avoid responsibility in decision making; stereotypicality, repetition of behavior (like nSH or the use of surfactants); addiction; anxiety; vulnerability in the sphere of emotional regulation; individuals with a low level of emotional competence, difficulties in understanding their own emotions and expression.

Risk factors for nSH. The only (simple) cause of nSH or SB is unknown.

This is how strangely a person is arranged, and what fine lines separate us from prosperity or death. *M. Shelley. "Frankenstein, or Modern Prometheus".*

The biopsychosocial approach considers SH as a dynamic unity of biological, psychological, cultural, social factors in the implementation of SH behavior (include the duration and frequency of implementation of the behavioral strategy, the severity of the consequences). These variables construct the peculiarity of a person's perception and reaction to their behavior and the attitude of others to this behavior.

There are risk factors and correlations [59].

The correlations are associated with a specific result, but the specificity of the association is ambiguous. If dysregulation of emotions coexists with nSH, the first is a correlate of the second, if it precedes nSH and distinguishes low from high probability nSH, then it is a risk fac-



нСХ включают повышенный уровень негативных / неприятных мыслей и чувств; плохие навыки общения; плохие способности решать проблемы; жестокое обращение, плохое обращение, враждебность и критицизм в детстве; дисфункциональную реакцию на стресс; потребность самонаказания; моделирование поведения (например, сверстники, интернет) [61].

Представление и устранение стимулов, как считается, усиливающих СХ, могут уменьшить и увеличить это поведение в ожидаемом направлении.

нСХ в анамнезе – сильнейший (отношение шансов  $\approx 6$ ) прогностический фактор повтора нСХ [60], в сравнении безнадежности (отношение шансов  $> 3$ ); остальных групп факторов, ( $\leq 2$ ), ограниченно клинически применимых. Предыдущее поведение служит одним из самых сильных предикторов поведения будущего. С первого эпизода повышен риск рецидива нСХ [62]. Аналогия с СП и депрессивными фазами (киндлинг).

Исходный уровень нСХ наиболее значим как предиктор СП, психических расстройств [37], формируемого ПРЛ и расстройств приёма пищи.

*Неблагоприятные жизненные события.*

Жизнь – ящик, полный колющих и режущих инструментов. Всякий час мы калечим себе руки до крови. *Жюль Ренар*

Эмоционально неустойчивые подростки сталкиваются с давлением сверстников, одиночеством и конфликтами с близкими или другими значимыми для них лицами. На первом этапе (младшие подростки) переходят из начальных классов в средние, а на втором (старшие) – из школы в колледжи ВУЗы, «взрослую трудовую (семейную) жизнь». Переходы расшатывают систему социальной поддержки и чувство идентичности, создают стрессогенные факторы. У подростка без хороших навыков преодоления трудностей и надежной сети поддержки, дистресса могут стать подавляющими. Возможно, сомневаются в личной идентификации и/или сексуальной ориентации; социально изолированы, прикованные к компьютеру (как хикимори).

*Жестокое обращение в детстве:* распространённость 10% применительно к сексуальному (6% мальчиков, 13% девочек), 23% – применительно к физическому и 29% – психическому и эмоциональному насилию [63] с долгосрочными последствиями.

Показана связь нСХ с жестоким обращением (эмоциональным, сексуальным и / или физическим насилием) и безнадзорностью в детстве [64, 65]. Некоторые подростки с нСХ были и остаются безнадзорны в формально полных семьях или фактические сироты.

Семьи подростков с нСХ показывают высокий уровень враждебности и критики, указывая проблемы приёма слабых речевых сигналов. Если родители отвечают только на некоторые стимулы и оставляют без

tor. Causal risk factors are important for prognosis, hypothesis development, and treatment goals.

Most studies concentrate on nSH correlates (cross associations with nSH), but there are some analysis developing that study long-term prediction of nSH [60]. Most correlates and risk factors for SH predict many forms of maladaptive behavior, including nSH.

nSH include increased levels of negative / unpleasant thoughts and feelings; poor communication skills; poor problem-solving ability; childhood abuse, mistreatment, hostility and criticism; dysfunctional stress response; the need for self-punishment; modeling of behavior (for example, peers, the Internet) [61].

Presentation and elimination of stimuli is believed to be enhancing SH can decrease and increase this behavior in the expected direction.

*The history of nSH* is the strongest (OR $\approx 6$ ) predictor of repeated nSH [60], in comparison to hopelessness (OR $> 3$ ); other groups of factors, ( $\leq 2$ ), are of limited clinical applicability. Past behavior is one of the strongest predictors of future behavior. Starting with the first episode, the risk of nSH recurrence increases [62]. There is an analogy with SB and depressive phases (kindling).

The baseline nSH level is the most significant predictor of SB, mental disorders [37], formed by BPD and eating disorders.

*Adverse life events.*

Life is a box full of piercing and cutting tools. Every hour we maim our hands to the point of bleeding. *Jules Renard.*

Emotionally unstable adolescents face peer pressure, loneliness, and conflict with loved ones or other important people. At the first stage they (younger adolescents) move from primary to middle classes, and at the second stage they (older adolescents) move from school to colleges, universities, "adult working (family) life." Transitions shatter the social support system and sense of identity and create stressors. For a teenager without good coping skills and a reliable network of support, distress can become overwhelming. They may have doubts about their personal identity and / or sexual orientation; socially isolated, chained to a computer (like hikimori).

*Childhood abuse* prevalence reaches 10% for sexual abuse (6% for boys, 13% for girls), 23% for physical abuse, and 29% for mental and emotional abuse [63] with long-term consequences.

It has been shown that nSH is associated with abuse (emotional, sexual and / or physical abuse) and neglect in childhood [64, 65]. Some adolescents with nSH were and become neglected even if their families are formally com-

внимания другие, в восприятии ребёнка формируется своеобразная селективная реальность. Родители могут игнорировать аффективные и кинестетические сигналы, реагируя только на переживание ребёнком боли [66].

Родительские факторы связаны с нСХ детей [67]: предписания «Не живи» (*ребёнок как экзистенциальная тягота*) в основе аутоагрессии, и «Не думай» (*- делай*), подталкивают к неадаптивной копинг-стратегии рискованного поведения, СП и нСХ [68], конфликты и холодность в семье, предоставленность детей самим себе.

*Психиатрическая коморбидность.* Половина психических расстройств «родом из детства». Каждый десятый-пятый ( $\approx 15\%$ ) 4-17 лет страдает психическими расстройствами, часто не диагностируемыми и не лечеными должным образом [69, 70, 71].

нСХ связаны с широким рядом психических расстройств [40, 72, 73]: посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), СДВГ, диссоциальными, истерическими, нарциссическими расстройствами личности (кластер В ДСМ-4 и 5).

нСХ включен симптомом ПРЛ с тех пор, как расстройства личности вошли в DSM 40 лет назад. Эмоциональная дисрегуляция – ключевая особенность многих психических расстройств как парадигмальное ПРЛ и / или нСХ [47, 74].

Поперечные и длительные исследования показали более высокие уровни аффективных (депрессивных, биполярных) и тревожных расстройств, расстройств пищевого поведения совершивших нСХ [60].

Конечно, глупо обвинять мир в том, что мне скверно, да я и не обвиняю, но невольно общие выводы окрашиваются в чёрный цвет, или в серый, это верней. Это всё очень банально, что я говорю. *М. Цветаева (15 лет), письмо, 27 августа 1908 г.*

Депрессии препятствуют совладанию со стрессогенными ситуациями, регуляцию эмоции; больные заужены на негативных аспектах жизни, особо уязвимы к социальной изоляции, дискриминации, стигматизации (ограничивающих готовность к помощи), замыкая порочный круг, затрудняют учёбу, питают рискованное поведение, влекут телесные недуги.

При психосоматических расстройствах и/или нСХ тело служит средством преодоления психической боли через физические расстройства (головная боль, боль в животе, тошнота, проблемы сна, головокружение, сыпь). Страдания усугублены незнанием близких, как поддержать и управлять подростком с СХ, поиск помощи отложен, пока чадо не испытает трудности, прямо не связанные с нСХ [12], как нарушения поведения, школьная неуспешность.

Риск повышен при психиатрической коморбидности (как при сочетании с употреблением ПАВ, средством самолечения депрессии) и неадекватном

plete or even become actual orphans.

Families of adolescents with nSH show a high level of hostility and criticism, indicating problems with receiving weak speech signals. If parents respond only to some stimuli and ignore others, a kind of selective reality is formed in the child's perception. Parents can ignore affective and kinesthetic signals, reacting only to the child's experience of pain [66].

Parental factors are associated with the nSH of children [67] include: the “Do not live” message (the child as an existential burden) as the basis of autoaggression, and “Do not think” message (“Do not do”) as a push for a non-adaptive coping strategy of risky behavior, SB and nSH [68], conflicts and coldness in the family, children being left to themselves.

*Psychiatric comorbidity.* Half of mental disorders come from childhood. Every tenth to fifth ( $\approx 15\%$ ) of 4-17 year olds suffers from mental disorders, often not diagnosed and not properly treated [69, 70, 71].

nSH is associated with a wide range of mental disorders [40, 72, 73] such as post-traumatic stress disorder (PTSD), ADHD, dissociative, hysterical, narcissistic personality disorders (cluster B in DSM-4 and 5).

nSH has been included as a symptom of BPD since personality disorders entered the DSM 40 years ago. Emotional dysregulation is a key feature of many mental disorders such as paradigmatic BPD and / or nSH [47, 74].

Cross-sectional and long-term studies have shown higher levels of affective (depressive, bipolar) and anxiety disorders, eating disorders who have committed nSH [60].

Of course, it's stupid to blame the world for being bad for me, and I don't blame, but involuntarily general conclusions turn black, or gray, that's more accurate. This is all very commonplace, what I'm saying. *М. Tsvetaeva (15 y. o.), a letter, August 27, 1908*

Depression interferes with coping with stressful situations, the regulation of emotions; patients are narrowed in the negative aspects of life, especially vulnerable to social isolation, discrimination, stigmatization (limiting the willingness to help), closing a vicious circle, impede their studies, eating risky behavior, and entail bodily ailments.

In psychosomatic disorders and / or nSH, the body serves as a means of coping with mental pain through physical disorders (headache, abdominal pain, nausea, sleep problems, dizziness, rash). Suffering is aggravated by the lack of knowledge of loved ones how to support and manage a teenager with SH; the search for help is postponed until the child experiences difficulties not directly related to nSH [12], such as behavioral disorders, school failure.

The risk is increased with psychiatric

лечении, приравненном к отсутствию профессиональной помощи. Не более трети подростков даже с клинической депрессией или тревогой обращаются за профессиональной помощью. Почти 90% подростков с нСХ соответствуют критериям оси I DSM-IV, включая экстернализирующие (63%), интернализирующие (52%) расстройства, употребление ПАВ (60%), и оси II DSM личностных расстройств (67%) [36], что значительно более, чем полагалось ранее: около 1/2 подростков с нСХ не соответствуют критериям «больших» психических расстройств [75].

Большинство психических расстройств подростков субсиндромально (атипично) представлены, и нСХ становится их маркером.

В очередном опросе ВОЗ<sup>1</sup> (до пандемии COVID-19) почти 230 тыс. школьников 45 стран Европы и Канады – каждый четвертый сообщил о нервном напряжении раздражительности или нарушениях сна не реже раза в неделю; почти 30% 15-летних дев и вдвое меньше юношей сетовали на «плохое настроение» чаще раза в неделю; каждый 10-й подросток к 15 годам (9% дев и 16% юношей) употребляют спиртное не реже раза в неделю.

Психическое благополучие подростков в 2014-18 гг. ухудшилось и ухудшается по мере взросления. Все более подростков едва справляются со школьной нагрузкой. Чем старше школьники и чем выше нагрузка, тем неприязненнее их отношение к школе и учителям. С удовольствием ходят в школу менее трети подростков. В особенно уязвимом положении социально незащищенные подростки, как представители меньшинств и мигрантов.

*Запугивание* (буллинг) служит решающим социальным фактором риска. Большие поперечные и продольные исследования показали связь самооценок опыта издевательств в детстве и раннем подростковом возрасте и нСХ подростков. В двух длительных исследованиях отношение шансов для СП и нСХ 1,6-3 [76].

Согласно гипотезе социальной сигнализации [36], нСХ проявлено при неспособности более слабых сигналов (беседа) достичь желаемого социального результата. Подростки усиливают социальный сигнал (криком), переходят от словесных к физическим формам. Подросток пытается игнорировать издевательства сверстников, затем переходит к просьбам «отступить от него» (говорить → кричать), затем к физическим формам общения, как угрожающий мрачный готический стиль одежды и, наконец, нСХ выступает

comorbidity (like when combined with the use of psychoactive substances, a self-medication for depression) and inadequate treatment, which is equivalent to a lack of professional help. No more than a third of adolescents, even with clinical depression or anxiety, seek professional help. Almost 90% of adolescents with nSH meet the DSM-IV axis I criteria, including externalizing (63%), internalizing (52%) disorders, substance abuse (60%), and axis II DSM personality disorders (67%) [36], which is significantly more than was previously thought: about 1/2 of adolescents with nSH do not meet the criteria for "major" mental disorders [75].

Most of the mental disorders in adolescents are subsyndromally (atypical) presented, and nSH becomes their marker.

In the next WHO<sup>1</sup> survey (before the COVID-19 pandemic) of almost 230 thousand schoolchildren from 45 countries of Europe and Canada every fourth reported nervous tension, irritability or sleep disorders at least once a week; almost 30% of 15-year-old girls and half as many young men complained of "bad mood" more often than once a week; every 10<sup>th</sup> teenager by the age of 15 (9% of girls and 16% of boys) drinks alcohol at least once a week

Mental well-being of adolescents in 2014-18 worsened and gets worse as they get older. More and more teenagers can barely cope with the school load. The older the students and the higher the workload, the more hostile their attitude towards school and teachers becomes. Less than a third of teenagers go to school with pleasure. Socially unprotected adolescents, such as representatives of minorities and migrants, find themselves in a particularly vulnerable position.

*Bullying* is a critical social risk factor. Large cross-sectional and longitudinal studies have shown an association between self-reported experiences of bullying in childhood and early adolescence and adolescent nSH. In two long-term studies, the odds ratio for SB and nSH is 1.6-3 [76].

According to the *hypothesis of social signaling* [36], nSH is manifested in the inability of weaker signals (conversation) to achieve the desired social result. Teens amplify the social signal (by shouting), move from verbal to physical forms. The adolescent tries to ignore peer bullying, then moves on to requests to "leave him alone" (speak → shout), then to physical forms of communication, like a threatening dark

<sup>1</sup>Inchley J., Currie D., Budisavljevic S. и др., ред. В центре внимания здоровье и благополучие подростков. Результаты исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) 2017/2018 гг. в Европе и Канаде. Международный отчет. Том 1. Основные результаты. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2020.

Inchley J., Currie D., Budisavljevic S. et al., Ed. The focus is on adolescent health and well-being. Findings from the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) Survey 2017/2018. in Europe and Canada. International report. Volume 1. Main results. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2020.

проявлением силы и жизнестойкости. Процесс эскалации описан теорией принуждения (coercion theory), которой, объясняющей агрессивное и диссоциальное поведения.

«Социальное заражение»: Влияние референтной группы сверстников (реальной или виртуальной), чье мнение авторитетно и к которой подросток хочет принадлежать [77] через внутриличностные функции.

В ходе *социального обучения* [78] на решения подростка влияют наблюдения, сведения о поведении сверстников, значимых для него взрослых, как употребление ПАВ, рискованное поведение или СХ [36]. Иногда этому способствуют культура отношения к конфликтам в семье. Установки и концепции в отношении эмоций: запреты на выражение злости, обиды; отсутствие культуры обращения за помощью и эмоциональной поддержкой; запрет на проявление слабости.

Подросток с нСХ в больнице повышает риск подобных проявлений у других больных [79, 80]. Ситуация жёсткой соревновательности, ориентации на достижения в школе, превалирование в подростковой среде завышенных стандартов красоты, доступность сайтов, где подростки демонстрируют такие способы поведения.

Подростковый синдром гадкого утёнка превратил начинающую актрису Анжелику Д в панка-неформала – пурпурные волосы, чёрные одеяния, колюще-режущие «игрушки, шрамы и скобы на зубах («шоковая терапия, по Д).

СМИ (интернет). нСХ – горячая тема Сети [81, 82].

ВОЗ отмечает негативное влияние на психическое здоровье подростков цифровых технологий. Более трети общаются с друзьями онлайн весь день. У 7% признаки «цифровой зависимости». Более 10% (особо девы) сообщают о кибертравле за последние два месяца [6]. Есть веб-сайты со списками предупреждающих знаков (поведенческих указателей того, что СП подростка высоко вероятно в ближайшие несколько часов-дней (острый пресуицид, по А. Амбрумовой) [83].

Доска объявлений «Bodies Under Siege» («Тело в осаде», по названию культовой книги А. Favazza) веб-сайта «Тайный позор» – поле общения склонных к СХ.

СМИ (интернет) распространяет информацию о СХ: с добрыми намерениями сообщения могут фактически способствовать распространению такого поведения. Освещение в СМИ более результат увеличения уровня СХ, а не его причина. Самоотчёты подтверждают гипотезу социального обучения, так как большинство подростков сообщают, что изначально узнали об этом от друзей, сиблингов и СМИ [85].

Gothic style in clothing and, finally, nSH is a manifestation of strength and vitality. The escalation process is described by coercion theory, which explains aggressive and dissocial behavior.

"Social contamination": The influence of a peer reference group (real or virtual), whose opinion is authoritative and to which the adolescent wants to belong [77] goes through intrapersonal functions.

In the course of social learning [78], adolescent decisions are influenced by observations and information about the behavior retrieved from peers, adults significant for him, on things such as substance abuse, risky behavior or SH [36]. Sometimes this is facilitated by a culture of attitude towards conflicts in the family. Attitudes and concepts in relation to emotions: prohibitions on the expression of anger, resentment; lack of a culture of seeking help and emotional support; prohibition of weakness.

An adolescent with nSH in hospital increases the risk of similar manifestations in other patients [79, 80]. They find themselves in the situation of tough competition, orientation towards achievement in school, the prevalence of inflated beauty standards in adolescents, the availability of sites where adolescents demonstrate such behaviors.

The adolescent ugly duckling syndrome turned the aspiring actress Angelica J. into an informal punk – purple hair, black robes, stabbing toys, scars and braces on the teeth ("shock therapy, according to J).

Mass media (internet). nSH is a hot topic on the Web [81, 82].

WHO notes the negative impact of digital technology on the mental health of adolescents. More than a third of them chat with friends online all day. 7% have signs of "digital addiction". More than 10% (especially girls) report cyberbullying in the last two months [6]. There are websites with lists of warning signs (behavioral indicators that teenager's SB is highly likely in the next few hours-days (acute presuicide, according to A. Ambrumova) [83].

The message board "Bodies Under Siege" ("The body is under siege", after the name of the cult book by A. Favazza) of the "Secret Shame" website is a field of communication for those inclined to SH.

The media (internet) disseminates information about SH: with good intentions, messages can actually contribute to the spread of such behavior. Media covers more the result of an increase in SH level, rather than its reason. Self-reports support the social learning hypothesis, as most adolescents report that they initially learned about it from friends, siblings, and the media [85].

Таблица 1 / Table 1

Факторы риска нСХ подростков [48, 57, 60]  
Risk factors for nSH in adolescents [48, 57, 60]

Группы факторов риска Risk factors groups	Факторы риска Risk factors
Демографические и социальные Demographic and social	Женский пол, незанятость, беспризорность/ Female gender, no occupation, no adult control
Жестокое обращение и физическое насилие в детстве Violence and cruel treatment during childhood	Физическое, эмоциональное, сексуальное насилие; безнадзорность. Витимизация сверстниками Physical, emotional, sexual abuse; neglect. Peer victimization
Семейные Family	Психический дистресс родителя (родителей). Развод родителей Конфликт с родителями Mental distress of the parent (s). Divorce of parents Conflict with parents
Клинические (психопатологические) симптомы Clinical (psychopathological) symptoms	Проблемы здоровья. Актуальный психосоциальный дистресс. Низкие стессоустойчивость / жизнестойкость. Безнадёжность, Низкая самооценка и обостренная самокритика. Нарушения социальной когниции (малые навыки решения типовых жизненных трудностей). Тревожное, депрессивное расстройство; СДВГ, расстройства питания. Агрессия. Экстернализующие (агрессия, делинквентное поведение) и интернализующие (депрессия, тревога) нарушения поведения. Расстройство пищевого поведения. Проблемы регуляции аффекта (ПРЛ). Зависимость от ПАВ (чаще спиртного) Health problems. Current psychosocial distress. Low stress resistance / vitality. Hopelessness, Low self-esteem and heightened self-criticism. Disorders of social cognition (small skills in solving typical life difficulties). Anxiety, depressive disorders; ADHD, eating disorders. Aggression. Externalizing (aggression, delinquent behavior) and internalizing (depression, anxiety) behavior disorders. Eating disorder. Affect regulation problems (ARP). Surfactant addiction (more often alcohol)
нСХ и СП nSH and SB	нСХ и СП (мысли, попытки) в анамнезе. Пример нСХ сверстников (приятелей) History of nSH and SB (thoughts, attempts). Peer / friends nSH

Факторы риска СП подростков. Мета-анализ 50 лет исследований факторов риска СП отметил малый прогресс в точности прогноза СП: «немного лучше, чем случайность» [84].

Систематические обзоры и мета-анализы выделяют пересекающиеся сходные факторы риска нСХ [48, 55] и СП. Подростки, думающие о суициде, в 12 раз чаще, чем сверстники, не думающих об этом, пытаются совершить самоубийство к 30 годам, причём почти 90% подростков в течение 12 месяцев после начала суицидальных мыслей [85].

Попытка стандартизированной оценки риска ведёт к большому количеству ложно положительных результатов [86], так как выявленные факторы риска и предупреждающие знаки СП недостаточно чувствительны и конкретны, чтобы точно предсказать неизбежный риск самоубийства [87].

Хотя детальный обзор факторов риска СП выходит за рамки данного сообщения [см. подробнее 88], выявлен ряд изменяемых и неизменяемых, отдаленных и ближайших (как бессоница) факторов риска СП подростков. Не известно, какие комбинации факторов риска особо важны для прогноза СП [84].

Risk factors for SB in adolescents. A meta-analysis of 50 years of research on risk factors for SB noted little progress in predictive accuracy for SB: «slightly better than a chance» [84].

Systematic reviews and meta-analyses highlight overlapping similar risk factors for nSH [48, 55] and SB. Teens who think about suicide are 12 times more likely than their peers who do not think about it to try to commit suicide by the age of 30, and almost 90% of adolescents do that within 12 months after the start of suicidal thoughts [85].

An attempt of standardized risk assessment leads to a large number of false positives [86], since the identified risk factors and warning signs of SB are not sensitive and specific enough to accurately predict the imminent risk of suicide [87].

Although a detailed review of risk factors for SB is beyond the scope of this report [see. more details 88], a number of changeable and unchanged, distant and immediate (like insomnia) risk factors for adolescents SB were revealed. It is not known which combinations of risk factors are especially important for the

Интегративная теоретическая модель нСХ [36] объединяет разнообразные факторы риска и описывает, как они могут привести к развитию и поддержанию СХ. Модель делает три основных предположения (см. рисунок). СХ часто повторяются, функционируя как немедленный эффективный метод регулирования аффективного / когнитивного опыта и / или желаемого воздействия на социальную среду. Риск СХ увеличен за счёт факторов, предрасполагающих к нарушениям регуляции аффективного / когнитивного состояний или влияющих на социальную среду (например, физиологическая гиперактивность в ответ на стрессовые события, неразвитые вербальные и социальные навыки).

Человек не выбирает свою болезнь, но он выбирает стресс – и именно стресс выбирает болезнь. *И. Ялом «Когда Ницше плакал»*

В модели у подростков в силу внутриличностных и / или межличностных факторов уязвимости (неразвитых устных, коммуникативных и социальных навыков решения типовых проблем) ограничена способность совладать (переносить) со стрессогенными событиями, адаптивно регулировать эмоциональный / когнитивный или социальный опыт, что увеличивает вероятность нСХ.

Тому, кто живёт разумом, жизнь видится комедией. Для живущих чувствами или подвержен эмоциями, жизнь – трагедия. *Г. Миллер «Время убийц»*

нСХ свидетельствует о слабой способности генерировать чёткий и эффективный словесный сигнал и эмоционально выразиться. Алекситимия (трудность определить и описать чувства) – общий признак нСХ и соматизации: тело служит выражению и модуляции психологических и эмоциональных проблем [89].

Подростки обращаются за медпомощью до нСХ или СП, жалуясь на физические, а не психологические тяготы. Способность наблюдать и регулировать эмоции важна для переживания негативного и позитивного аффектов. Трудность определения эмоций и ограничения эффективных стратегий их регуляции предсказывают СП [цит. по 88]. Ограниченные стратегии регуляции эмоций прогностически значимее трудностей идентификации эмоций.

Надо различать два вида мучений: физическое страдание и страдание моральное. Физическое страдание – испытание. Моральное страдание – выбор. *Э.Э. Шмитт «Оскар и Розовая Дама»*

Исследования животных и людей связывают ранние дистрессы с психопатологией, а характер нейробиологических эффектов (например, снижение активности в лобной коре) отражается на регуляции аффективных / когнитивных и социальных реакций на стресс [36, 85]. Представление о «гене» СХ нереалистично и неточно, учитывая сложную и многоопределяемую природу отношений генного поведения, так и СП. Хотя эффекты ранних стрессоров особо сильны при генети-

prognosis of SB [84].

An integrative theoretical model of nSH [36] combines a variety of risk factors and describes how they can lead to the development and maintenance of SH. The model makes three main assumptions (see figure). SH is often repeated, functioning as an immediate effective method of regulating affective / cognitive experiences and / or desired social impact. The risk of SH is increased by factors predisposing to dysregulation of affective / cognitive states or affecting the social environment (for example, physiological hyperactivity in response to stressful events, undeveloped verbal and social skills).

A person does not choose his illness, but he chooses his stress – and it is the stress that chooses illness. *I. Yalom. "When Nietzsche Wept"*

In the model, adolescents, due to intrapersonal and / or interpersonal vulnerability factors (undeveloped oral, communication and social skills for solving typical problems), have limited ability to cope (endure) with stressful events, adaptively regulate emotional / cognitive or social experience, which increases the likelihood of nSH.

To those who live by reason, life is seen as a comedy. For those who live by feelings or are subject to emotions, life is a tragedy. *G. Miller. "Time of the killers"*

nSH indicates a weak ability to generate a clear and effective verbal signal and to express emotionally. Alexithymia (difficulty in defining and describing feelings) is a common feature of nSH and somatization: the body serves to express and modulate psychological and emotional problems [89].

Adolescents seek medical help before the nSH or SB, complaining of physical rather than psychological hardships. The ability to observe and regulate emotions is essential for experiencing negative and positive affects. The difficulty of identifying emotions and limiting effective strategies for their regulation predict SB [cit. by 88]. Limited strategies for regulating emotions are predictively more significant than difficulties in identifying emotions.

It is necessary to distinguish between two types of torment: physical suffering and moral suffering. Physical suffering is an ordeal. Moral suffering is a choice. *E.E. Schmitt. Oscar and the Pink Lady*

Animal and human studies have associated early distress with psychopathology, and the nature of neurobiological effects (eg, decreased activity in the frontal cortex) is reflected in the regulation of affective / cognitive and social responses to stress [36, 85]. The concept of the SH gene is unrealistic and inaccurate, given the complex and multifacet-

ческой уязвимости, модулируемые эффекты смягчены социальной поддержкой. Помимо потенциального воздействия на внутриличностные уязвимости, ранние стрессоры, как взросление в враждебной / критической или жестокой среде, могут привести к трудностям общения или нарушению навыков решения социальных проблем, способствуя межличностным уязвимостям [36, 85].

Дистальные неспецифичные факторы (генетические, экологические и нейробиологические ранние дистрессы) уязвимости (чрезмерная эмоциональная реактивность, неразвитые социальные навыки) препятствуют когнитивному / поведенческому контролю, приводящему к стрессогенным аффективным / когнитивным и социальным ситуациям в основе неадаптивного совладания с внутриличностными и межличностными конфликтами, в свою очередь, увеличивающих риск психических (депрессивных) расстройств и опосредующих их связь с нСХ [36, 85].

Общие факторы риска нСХ увеличивают вероятность иных неадаптивных поведений для той же функции (стремление к наказанию, общению), например, употребление ПАВ, расстройства пищевого поведения, поэтому эти расстройства обычно сопряжены с нСХ при выполнении упомянутых функций

*Функции (мотивации, цели) нСХ* многоплановы и изменчивы.

Порок не в том, чтобы иметь желания, а в неумении подчинить их правилам разума; дело не в том, испытываете ли вы или не испытываете самих влечений, а в способности управлять ими и отказываться от них. *Дж. Локк*

*Функциональный подход* в общем предполагает, что некое поведение определено событиями, непосредственно предшествующими и следующими за ним.

нСХ решает внутриличностные или межличностные проблемы посредством 1) желаемых изменений, как поддержка и внимание окружающих; 2) облегчения эмоциональной боли через физическую; разделения большой боли на «много маленьких» [40];

Одна боль всегда уменьшает другую. Наступите вы на хвост кошке, у которой болят зубы, и ей станет легче... *А. Чехов «Тоска»*

3) ослабления гнета или прекращения нежелательных поступков значимых других (ссоры, унижение, преследование, отчуждение); 5) уменьшения, отвлечения мучительных чувств и мыслей (гнев, обида, страх, беспокойство, отчаяние); 6) самоидентификации.

Большинство (подростков) сообщают о множественных функциях нСХ [58]. нСХ как «болезненная форма самопомощи» [90] временно (но скоро) облегчает психосоциальный дистресс [12, 36, 91] у 60-80% (подростков), но как стратегия ухудшает их положение [58].

Частый повод нСХ – контроль невыносимых мыслей и чувств [45]. Так, заявляемая «причина» нСХ 80%

ed nature of the relationship between gene behavior and SP. Although the effects of early stressors are particularly strong in genetic vulnerability, the moderated effects are mitigated by social support. In addition to the potential impact on intrapersonal vulnerabilities, early stressors, such as growing up in hostile / critical or violent environments, can lead to communication difficulties or impaired social problem solving skills, contributing to interpersonal vulnerabilities [36, 85].

Distal nonspecific factors (genetic, environmental and neurobiological early distress) vulnerability (excessive emotional reactivity, undeveloped social skills) impede cognitive / behavioral control, leading to stressful affective / cognitive and social situations at the heart of maladaptive coping with intrapersonal and interpersonal conflicts in turn, increasing the risk of mental (depressive) disorders and mediating their relationship with nSH [36, 85].

Common nSH risk factors increase the likelihood of other maladaptive behaviors for the same function (desire for punishment, communication), for example, substance use, eating disorders, therefore these disorders are usually associated with nSH when performing these functions.

The functions (motivations, goals) of the nSH are multifaceted and changeable.

The vice is not in having desires, but in the inability to subordinate them to the rules of reason; the point is not whether or not you experience the drives themselves, but the ability to control and abandon them. *J. Locke*.

*The functional approach* generally assumes that some behavior is determined by events immediately preceding and following it.

nSH solves intrapersonal or interpersonal problems through 1) desired changes, as support and attention of others; 2) relief of emotional pain through physical pain; dividing big pain into “many small ones” [40];

One pain always diminishes the other. You will step on the tail of a cat with a toothache and it will feel better ... *A. Chekhov. "Anguish"*.

3) weakening the oppression or ending the unwanted actions of significant others (quarrels, humiliation, persecution, alienation); 5) reduction, distraction of painful feelings and thoughts (anger, resentment, fear, anxiety, despair); 6) self - identification.

Most (adolescents) report multiple functions of nSH [58]. nSH as a “painful form of self-help” [90] temporarily (but fast) alleviates psychosocial distress [12, 36, 91] for 60-80% (adolescents), but as a strategy worsens their situation [58].

A frequent reason for nSH is the control

школяров – «облегчение ужасного душевного состояния» [92]. Порочный круг нСХ поведения выглядит так: негативные мысли (питаемые, например, психалгией) – дезадаптивное поведение (нСХ) – временное облегчение – долгосрочные негативные последствия (социальная изоляция и подтверждение убеждения «Я никому не нравлюсь») – возврат к негативным мыслям [40].

нСХ – не всегда средство привлечения внимания (распространённый миф), но подросток пытается справиться со страданием, призывает окружающих «увидеть его боль» [92, 93].

Попытка самоидентификации («Страдаю, значит, существую») через маркировку кожи, «оболочку страдания» (татуировки, проколы) [94]. Знаки на коже и физическая боль становятся нарциссическими эмблемами. При (депрессивной) деперсонализации подросток стремится «почувствовать, что живой».

... наслаждалась собственными страданиями. Они доказывали, что я ещё существую. С. Кейсен «Прерванная жизнь»

«Я... резала себя, просто чтобы почувствовать боль. Это давало мне ощущение, что я реально существую, что я не сон». Арнхильд Лаувенг «Завтра я всегда бывала львом»

У меня не было стремления «нанести себе физическое повреждение», я стремилась порезать себя, потому что мне требовалось увидеть кровь. Часто, особенно в первый период моей болезни, я чувствовала себя какой-то ужасно пустой и далёкой, и серой, и мертвой. ... И в самый разгар своих страданий, среди серости и пустоты, я хотела получить вещественное доказательство того, что я жива, а не просто существую – во мне жизнь, как есть она в крови, огне, в духе, в капельках росы. Арнхильд Лаувенг «Завтра я всегда бывала львом»

нСХ ограничивает поврежденно - диссоциированное тело, отчуждаемое и отчуждённое. Подростки теряют связность личности (personal cohesion), образ тела отчуждён от «Я» [95].

Тело не удовлетворяет, отсюда стремление заменить, изменить, переключить форму или её детали. «Кромсание плоти» – послание тому, чьими глазами смотрит на себя подросток.

Я боялась, что у меня вместо крови течет овсяный кисель, и что в моем теле совсем не осталось живого тепла, что в нем нет ни искры жизни. Поэтому я расцарапывала себя и резалась, чтобы убедиться, что ... я не мертвый робот с овсяным киселем вместо крови. Арнхильд Лаувенг «Завтра я всегда бывала львом»

Сенсорная стимуляция (новые ощущения) отвлекают от «душевного онемения» и диссоциации) и расширяют опыт подростка.

Суть человека – как можно больше чувствовать и как можно больше делать, для чего приходится как можно больше думать. М. Веллер «Кассандра»

Искажения и нарушения образа тела изменчивы при нарушениях пищевого поведения, ПРЛ и депрессивных расстройствах, сопровождающих нСХ и/или

of unbearable thoughts and feelings [45]. Thus, the stated "reason" for nSH 80% of schoolchildren is "relief from a terrible state of mind" [92]. The vicious circle of nSH behavior looks like this: negative thoughts (caused, for example, by psychalgia) – maladaptive behavior (nSH) – temporary relief – long-term negative consequences (social isolation and confirmation of the belief "Nobody likes me") – return to negative thoughts [40].

It can also be viewed as an attempt of self-identification ("I suffer, therefore I exist") through the marking of the skin, "the shell of suffering" (tattoos, punctures) [94]. Skin marks and physical pain become narcissistic emblems. In case of (depressive) depersonalization, the adolescent attempts to "feel alive."

... Enjoying her own suffering. They proved that I still exist. С. Keyesen. "The Interrupted Life".

"I... cut myself just to feel pain. It gave me the feeling that I really exist, that I am not a dream. " Arnhild Lauweng. "Tomorrow I've always been a lion."

I didn't have the urge to "physically harm myself," I was eager to cut myself because I needed to see the blood. Often, especially in the first period of my illness, I felt terribly empty and distant, and gray, and dead. ... And in the midst of my suffering, in the midst of dullness and emptiness, I wanted to receive material evidence that I am alive and not just exist – life is in me, as it is in blood, fire, spirit, dew drops. Arnhild Lauweng. "Tomorrow I've always been a lion."

nSH limits the damaged-dissociated body, alienated and alienated. Teenagers lose personal cohesion, the body image is alienated from the "I" [95].

The body does not satisfy, hence the desire to replace, change, reshape the form or its details. "Shredding of the flesh" is a message to the one through whose eyes a teenager views himself.

I was afraid that oatmeal jelly was flowing instead of blood, and that there was no living warmth in my body at all, that there was not a spark of life in it. So I scratched myself and cut myself to make sure that ... I'm not a dead robot with oatmeal for blood. Arnhild Lauweng. "Tomorrow I've always been a lion."

Sensory stimulation (new sensations) distracts from "mental numbness" and dissociation) and enhances the adolescent's experience.

The essence of a person is to feel as much as possible and do as much as possible, for which you have to think as much as possible. М. Weller. "Cassandra"

Body image distortions and disturbances are variable in eating disorders, BPD, and depressive disorders accompanying and / or of the same nature as nSH.



одной природы с ним.

Большинство теорий (точнее, гипотез) объясняют смысл нСХ дисфункциональной (дезадаптивной) стратегией совладания, регуляцией эмоциональной нестабильности [60, 96].

Анальгезии гипотеза [цит. по 36, 85]. Ожидаемые боль и отвращение (гемофобия?) повышают барьер СХ подростков.

... чтобы одну сильную боль отвлечь другою... А. Чехов «От какой болезни умер Ирод?»

Однако нСХ, по самоописаниям, сопровождается слабая боль, или её отрицают. Болевая нечувствительность появляется до нСХ или при привыкании к физической боли при повторных СХ.

... себя резали-то ножом – должно быть больно... Я посмотрел поближе – да, это были большие белые шрамы, их было много. «Поймете ли вы, – сказал Михаил Александрович. – Значит, что я любил женщину, она меня не любила ... Я страдал, но, когда резал себя, страдания уменьшались. К. Коровин «О М. Врубеле»

Обезболивание объяснено посттравматическим уровнем эндорфинов, приносящих и удовольствие (эйфорию), как употребление ПАВ; оба эффекта увеличивают вероятность рецидива нСХ. Сниженная болевая чувствительность при убеждении, что подросток заслуживает травмы, затрудняет привлечение его (её) к помощи.

«Вещество блаженства» анандамид (любители шоколада<sup>1</sup> его знают) связывается с каннабиноидными рецепторами мозга, блокирует болевые сигналы и вызывает приятное ощущение, похожее на действие марихуаны.

Самонаказания гипотеза [цит. по 36]. нСХ служит средством наказания «ненавистного себя» [61] и / или самоуничтожения. Самонаказанием объяснено 1/2 эпизодов нСХ; совершающие их отличаются обостренной самокритикой как фасада депрессии и/или раннего насилия, следствием критиканства окружающих (в семье), и подросток идёт на «самопожертвование» в виде нСХ.

...буду делать надрезы по всему телу, покрою всего себя татуировкой, хочу стать уродливым, как монгол; увидишь: улицы я оглашу своим воем. Я хочу обезуметь от ярости. Никогда не показывай мне драгоценностей: извиваясь, я поползу по ковру. Моё богатство? Я хочу, чтобы все оно было покрыто пятнами крови. Никогда не буду работать... А. Рембо «Сезон в аду»

Стратегия самоуничтожения, применяемая, чтобы показать людям, к которым индивид должен проявлять любовь и уважение, что он, индивид, устал от них. Г. Френсис «Путешествие хирурга по телу человека»

Показательны самопорезы в виде слов «неудача» и «позор».

... резьба по коже давала чувство защищённости. Это доказательство. Ведь эти слова я всегда могла увидеть – они

Most of the theories (more precisely, hypotheses) explain the meaning of nSH as a dysfunctional (maladaptive) coping strategy, regulation of emotional instability [60, 96].

The analgesia hypothesis [cit. on 36, 85]. The anticipated pain and disgust (hemophobia?) increase the SH barrier in adolescents.

... to distract one severe pain with another ... A. Chekhov. "From what disease did Herod die?"

However, according to self-descriptions nSH is accompanied with mild pain, which can also be denied. Pain numbness appears before nSH or when you get used to physical pain with repeated SH.

... they cut themselves with a knife – it must be painful ... I looked closer – yes, they were big white scars, there were many of them. "Will you understand," said Mikhail Alexandrovich. – It means that I loved the woman, she did not love me ... I suffered, but when I cut myself, the suffering lessened. K. Korovin "About M. Vrubel"

Pain relief is explained by the post-traumatic level of endorphins that bring pleasure (euphoria), like the use of surfactants; both effects increase the likelihood of recurrence of nSH. Decreased sensitivity to pain in the belief that the adolescent deserves the injury makes it difficult to enlist him or her for help.

The "bliss substance" anandamide (chocolate lovers know it) combines with the brain's cannabinoid receptors, blocks pain signals and produces a pleasant sensation similar to that of marijuana.

Self-punishment hypothesis [cit. by 36]. nSH serves as a means of punishing "the hated self" [61] and / or self-deprecation. Self-punishment explained 1/2 episodes of nSH; those who do it are distinguished by exacerbated self-criticism as a facade of depression and / or early violence, as a result of criticism of others (in the family), and the teenager goes on "self-sacrifice" in the form of nSH.

... I will make cuts all over my body, cover myself with tattoos, I want to become ugly like a Mongol; you will see: I will announce the streets with my howl. I want to be mad with rage. Never show me jewelry: wriggling I'll crawl across the carpet. My wealth? I want it all covered in blood stains. I will never work ... A. Rimbaud. "A Season in Hell"

Self-deprecation strategy used to show people to whom the individual should show love and respect that he, the individual, is tired of them. G. Francis. "The surgeon's journey through the human body."

Self-cuts in the form of the words "failure" and "shame" are indicative.

... the carvings on the skin gave a sense of

<sup>1</sup>Шоколад – пропуск в новый мир. Мир, наполненный счастьем, улыбками и радужными красками. Мир, в котором возможно всё! Джованни Джакомо Казанова. Однако: Жизнь – как коробка шоколадных конфет. Никогда не знаешь, какая начинка попадётся". Форрест Гамт, к/ф США, 1994.

не стираются. Это правда, приносящая мучительную боль, она зашифрована на мне, пусть и странным образом. Вы скажете, что идёте к врачу, и мне захочется вырезать у себя на руке: «неспокойно». Скажете, что влюбились, и я почувствую, как на груди уже зудит новое слово: «трагично». Не так уж мне хотелось вылечиться, но надоело прятаться и лихорадочно, как наркоман, искать на ногах свободное место, чтобы там нацарапать «зло» или «плач». Мне помогло слово «исчезните». Нетронутой осталась шея – прекрасное место, важное; я приберегла её для самого последнего слова. *Г. Флинн. «Острые предметы».*

К негативным последствиям как охвостье нСХ отнесены неизбывные вина и стыд [91].

нСХ отличны по намерению, функции от СП. Так, нСХ используют как тактику выживания, для контроля (переключения) мыслей о самоубийстве и их реализации [75, 91].

На самом деле я хотела убить только часть себя – ту часть, которая хотела покончить с собой, заставляя меня все время размышлять об этом, превращая любое окно, любой поезд, любой предмет кухонной утвари в реквизиты на репетиции трагедии. Но поняла я это уже после того, как съела пятьдесят таблеток аспирина. *С. Кейсен «Прерванная жизнь»*

Я знаю, что такое хотеть умереть. Когда улыбка причиняет боль. Ты хочешь быть как все, но не можешь. Ты причиняешь себе физическую боль, пытаешься убить что-то в душе. *С. Кейсен «Прерванная жизнь»*

*Неявного отношения / идентификации гипотеза* [цит. по 36]. На выбор подростком поведения, выполняющего желаемую функцию, влияет неявное отношение к возможным опциям или идентификация с ними. Если кто-то намерен облегчить тревогу, вряд ли выпьет водки, коли не модно быть пьяницей, но разгонит мотоцикл до 250 км в час («я – байкер»). Подростки с опытом нСХ склонны его привычно повторить и идентифицируются с травмой. Особо, когда сверстники совершают СХ (социальное моделирование), и поведение удовлетворяет предполагаемой функции (эмоциональная саморегуляция, социальная сигнализация).

Дело в том, что я – резчица. Есть резчики по камню, дереву и металлу, а я – особый случай. Я – резчица по коже. Своей коже. Она сама этого жаждет. Моя кожа вся исписана словами: «повар», «кекс», «котенок», «кудри», – как будто на ней учился писать первоклассник, вооруженный ножом. Иногда – только иногда – я смеюсь. Когда вылезая из ванны и вскользь читаю слово «куколка», вырезанное сбоку на ноге. Или, пока надеваю свитер, вдруг вижу у себя на запястье: «вредно». *Г. Флинн «Острые предметы»*

Теоретические модели нСХ предполагают, что поведение усиливается, если выгоды от СХ перевешивают негативные последствия. Научно доказательные данные поддерживают аффект-регуляторную, самонаказания и антидиссоциативную модели нСХ.

*Прагматическая гипотеза* [цит. по 36, 85] самая экономная: подростки не освоили возможные навыки совладания с дистрессом, выбирая дезадаптивные (употребление ПАВ ± нСХ), решаются на СХ как на быст-

security. This is a proof. After all, I could always see these words – they are not erased. This is true, excruciating pain, it is encrypted on me, albeit in a strange way. You will say that you are going to the doctor, and I will want to carve “restless” on my arm. Say you fell in love, and I will feel a new word itching on my chest: “tragic”. I didn't really want to be cured, but I got tired of hiding and feverishly, like a drug addict, looking for a free place on my feet in order to scrawl “evil” or “crying” there. The word “disappear” helped me. The neck remained intact – a wonderful place, important; I saved it for the very last word. *G. Flynn. “Sharp objects”.*

Inescapable guilt and shame are attributed to the negative consequences as the rump of the nSH [91].

nSH is different from SB in its intent and functions. Thus, nSH is used as a survival tactic, to control (switch) thoughts about suicide and their realization [75, 91].

In fact, I only wanted to kill a part of myself – the part that wanted to commit suicide, forcing me to think about it all the time, turning any window, any train, any piece of kitchen utensils into props for a tragedy rehearsal. But I realized this after eating fifty aspirin tablets. *S. Keysen. “The Interrupted Life”.*

I know what it is like to want to die. When a smile hurts, You want to be like everyone else, but you can't. You are hurting yourself physically by trying to kill something in your soul. *C. Keysen. “The Interrupted Life”.*

*Implicit relationship / identification hypothesis* [cit. by 36]. The adolescent's choice of behavior that performs the desired function is influenced by an implicit attitude towards possible options or identification with them. If someone intends to ease the anxiety, they are unlikely to drink vodka, since it is not fashionable to be a drunkard, but they will accelerate the motorcycle to 250 km per hour (“I am a biker”). Adolescents with nSH experience tend to repeat it habitually and identify with the trauma. Especially when peers perform SH (social modeling), and the behavior satisfies the intended function (emotional self-regulation, social signaling).

The point is, I'm a carver. There are stone, wood and metal carvers, and I am a special case. I am a carver in the same way. To my skin. It longs for that. My skin is all covered with the words: “cook”, “cake”, “kitten”, “curls” – as if a first grader armed with a knife was learning to write on it. Sometimes – only sometimes – I laugh. When I get out of bath and casually read the word “doll” carved into the side of my leg. Or, while putting on a sweater, I suddenly see on my wrist: “harmful”. *G. Flynn. “Sharp objects”*

nSH theoretical models suggest that behavior is enhanced if the benefits of SH outweigh the negative consequences. The scientific evidence supports the affect-regulatory, self-punishment, and anti-dissociative models of nSH.

рый, эффективный и легко осуществимый (наедине и незаметно, до поры, в любых условиях: школьном или больничном туалетах или, напротив, на миру) метод аффективной / когнитивной и социальной регуляции.

Мотивы нСХ объединены *четырёхфункциональной моделью* М. Nock [36, 85] с опорой на систематизированные данные структурированных опросов (самоотчетов), физиологических и клинических анализов в широком ряду выборов и контекстов.

*The pragmatic hypothesis* [cit. 36, 85] is the most economical: adolescents have not mastered the possible skills of coping with distress, choosing maladaptive ones (use of surfactants ± nSH), they decide on SH as a fast, effective and easily achievable (alone and imperceptibly, for the time being, in any conditions: school or hospital toilets or, on the contrary, in the world) method of affective / cognitive and social regulation.

Таблица 2 / Table 2

Процесс и результаты нСХ [цит. по 36, 40, 85]  
nSH process and results [cit. by 36, 40, 85]

Процесс Process	Результат нСХ nSH results	Комментарии Comments
Внутриличностное негативное подкрепление  Intrapersonal negative reinforcement	<i>Немедленные</i> уменьшение или прекращение, контроль мучительных мыслей (обрыв руминации, в том числе суицидального содержания) или негативных чувств (напряжения, гнева, забывчивости, ненависти к себе или «душевного онемения») в ответ на психотравмирующее событие. <i>Immediate reduction or cessation, control over excruciating thoughts (breaking up rumination, including suicidal content) or negative feelings (tension, anger, forgetfulness, self-loathing or "mental numbness") in response to a traumatic event.</i>	Сочетание негативных эмоций, вызывающих СХ: чувства душевной боли, бесполезности, одиночества, тревоги и паники, гнева, вины, отказа, ненависти к себе или неоднозначной сексуальности. Аффективная саморегуляция (самоуспокоение) через болезненное отвлечение, перенаправляющее внимание.  <i>A combination of negative emotions that trigger SH: feelings of heartache, worthlessness, loneliness, anxiety and panic, anger, guilt, rejection, self-loathing, or ambiguous sexuality. Affective self-regulation (complacency) through painful distraction that redirects attention.</i>
Внутриличностное позитивное подкрепление  Intrapersonal positive reinforcement	Появление или усиление желаемых мыслей или чувств (самостимуляция, удовлетворение от самонаказания); улучшение настроения.  <i>The appearance or intensification of desired thoughts or feelings (self-stimulation, satisfaction from self-punishment); improved mood.</i>	нСХ позволяет совладать с интернализирующими симптомами и уменьшить чувства эмоционального «окопечения» или пустоты. Процесс самоуспокоения может доходить до поиска физической боли и даже, возможно, до ощущения «по ту сторону физического страдания», граничащего с чувством удовольствия. <i>nSH helps to manage internalizing symptoms and reduce feelings of emotional numbness or emptiness. The self-complacency process can go as far as seeking physical pain and perhaps even feeling "beyond physical suffering," bordering on a feeling of pleasure.</i>
Положительное подкрепление межличностного общения  Interpersonal communication positive reinforcement	Появление или усиление желаемого социального события (внимания). Призыв о помощи и поддержке, заботе и внимании. Воссоединение со сверстниками.  <i>The emergence or enhancement of a desired social event (attention). Call for help and support, care and attention. Reuniting with peers.</i>	Средство воздействия / когнитивного регулирования и социального влияния. Самопорез как «алый крик» [97], знак беды. Межличностная модель слабо доказана; отрицается самими подростками. <i>A means of influence / cognitive regulation and social influence. Self-cut as a "scarlet cry" [97], a sign of trouble. The interpersonal model is poorly proven; denied by adolescents themselves.</i>
Межличностное негативное подкрепление  Interpersonal negative reinforcement	Разрешение микросоциального конфликта (сверстники прекратили «гнобить», родители – «воспитывать»). Избегание ситуации и ответственности. Знак силы.  <i>Resolving microsocial conflict (peers stopped bullying, parents stopped "lecturing"). Avoiding situations and responsibilities. Sign of strength.</i>	

нСХ поддержано процессами положительного или отрицательного подкрепления, внутриличностными или межличностными. Естественна связь сходных функций аффективной / когнитивной и социальной регуляции нСХ или иного дезадаптивного поведения (как расстройства пищевого поведения, употребления ПАВ) с моделями «диатез-стресс / уязвимость-стресс». Общие факторы уязвимости и при других нарушениях поведения, связанных с нСХ и друг с другом.

*Мотивация к прекращению нСХ* также имеет внутри- и / или межличностную направленность. К первой относится отсутствие желаемого эмоционально стабилизирующего эффекта или ухудшение состояния; желание избавиться от «дурной привычки», «не иметь больше шрамов»; «быть более здоровой» (говорили о чувстве стыда, испытываемом во время раздевания). К межличностным мотивам прекращения нСХ отнесено желание «не причинять боль близким», сопровождаемое стыдом и виной, ситуационно обусловленное более зрелыми и эффективными механизмами психологической защиты и совладающего поведения.

Нейробиология нСХ [цит. по 48]. Показаны аномальный процесс обработки стресса у совершающих нСХ и повышенный порог боли при повторных нСХ на материале ПЛР взрослых, но в последние годы все больше – у подростков. Многие взрослые испытывают гипоалгезию или анальгезию при нСХ при подавлении лимбических зон после болевых раздражителей. Поскольку нСХ часты для преодоления неприятных эмоциональных состояний, исследованы нейробиологические маркеры регуляции стресса. У подростков концентрации кортизола повышена утром и понижена в тесте подавления дексаметазона. У подростков с нСХ сильнее ответ кортизола на боль. Анализ взаимодействия гена и окружающей среды показал, что у носителей, по крайней мере, одного короткого аллеля в полиморфной области, связанной с транспортером серотонин, чаще тяжелый межличностный стресс. Социальная изоляция депрессивных подростков с нСХ приводила к активации в различных областях мозга (медиальная префронтальная кора, парагиппокамп; дополнительная моторная зона) по сравнению с контролем здоровых и без нСХ. Подростки с нСХ особо чувствительны к социальным стрессам, исключению из групп. Результаты подчёркивают степень взаимодействия между нейробиологическими отклонениями и факторами риска нСХ, как издевательства. Однако невозможно судить о причинно-следственных связях без длительных исследований.

*Основные сокращения:*

Пограничное расстройство личности – ПРЛ

The motives of nSH are united by M. Nock's four-functional model [36, 85] based on systematized data of structured interviews (self-reports), physiological and clinical analyzes in a wide range of samples and contexts. nSH is supported by processes of positive or negative reinforcement, intrapersonal or interpersonal. There is a natural connection between similar functions of affective / cognitive and social regulation of nSH or other maladaptive behavior (such as eating disorders, substance use) with the “diathesis-stress / vulnerability-stress” models. Common vulnerabilities in other behavioral disorders associated with nSH and with each other.

*The motivation to terminate nSH* also has an intra- and / or interpersonal orientation. The first is the absence of the desired emotionally stabilizing effect or deterioration of the state; the desire to get rid of the "bad habit", "have no more scars"; “to be healthier” (talked about the feeling of shame experienced while undressing). The interpersonal motives for the termination of nSH include the desire “not to hurt loved ones”, accompanied by shame and guilt, situationally conditioned by more mature and effective mechanisms of psychological defense and coping behavior.

*Neurobiology of nSH* [cit. by 48]. Anomalous stress processing in those performing nSH and an increased pain threshold for repeated nSH were shown on the material of the BPD of adults, but more and more in recent years there appear data on adolescents. Many adults experience hypoalgesia or analgesia with nSH when limbic zones are suppressed after pain stimuli. Since nSH is frequent in coping with unpleasant emotional states, neurobiological markers of stress regulation have been investigated. In adolescents, cortisol concentrations are increased in the morning and decreased in the dexamethasone suppression test. Adolescents with nSH have a stronger cortisol response to pain. Analysis of the interaction between the gene and the environment showed that carriers of at least one short allele in the polymorphic region associated with the serotonin transporter are more likely to have severe interpersonal stress. Social isolation of depressed adolescents with nSH led to activation in various brain regions (medial prefrontal cortex, parahippocampus; additional motor zone) compared with controls in healthy subjects and without nSH. nSH teens are particularly sensitive to social stress and exclusion from groups. The results highlight the degree of interaction between neurobiological abnormalities and risk factors for nSH as bullying. However, it is impossible to judge causal relationships without lengthy research.

*Main abbreviations:*

Borderline Personality Disorder – BPD

Посттравматическое стрессовое расстройство – ПТСР  
 Психоактивные вещества – ПАВ  
 Самповреждение (мысли, поведение) – СХ  
 Несуицидальное самповреждение – нСХ  
 Суицидальное поведение – СП  
 Уровень суицидов – УС

Post-traumatic stress disorder – PTSD  
 Psychoactive substances – PAS  
 Self-harm (thoughts, behavior) – SH  
 Non-suicidal self-harm – nSH  
 Suicidal Behavior – SB  
 Suicide rate – SR

## Литература / References:

- Любов Е.Б. Экскурс в историю отношения общества к суициду / Национальное руководство по суицидологии. Под ред. Б.С. Положего. М.: МИА, 2019. С. 12-39. [Lyubov E.B. an Excursion into the history of society's attitude to suicide / National guide to suicidology. Ed. by B.S. Polozhy. M.: MIA, 2019. Pp. 12-39.] (In Russ)
- Murray C.J., Vos T., Lozano R., et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380 (9859): 2197–2223. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61690-0
- Hamza C.A., Stewart S.L., Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32 (6): 482–495. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.05.003
- Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *Br J Psychiatry*. 2002; 181 (3): 193–199. DOI: 10.1192/bjp.181.3.193
- Raphael B. Promoting the mental health and wellbeing of children and young people. Discussion paper: Key principles and directions. National Mental Health Working Group, ed. Department of Health and Aged Care, Canberra: Commonwealth of Australia, 2000.
- Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014 [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/253776/64wd12\\_Rus\\_InvestCAHstrategy\\_140440.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCAHstrategy_140440.pdf)
- Patton G.C., Hemphill S.A., Beyers J.M., et al. Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2007; 46: 508–514.
- Stengel E. The complexity of motivations to suicidal attempts. *J Ment Sci*. 1960; 106 (445): 1388–1393.
- Krietman N., Philip A.E., Greer S., Bagley C.R. Parasuicide. *Br J Psychiatry*. 1969; 115 (523): 746–747.
- Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М., 1980. 55 с. [Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Diagnosis of suicidal behavior. Methodological recommendations. M., 1980. 55 p.] (In Russ)
- Положий Б.С., Панченко Е.А. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации. [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн*. 2012; 2. URL: <http://medpsy.ru> [Polozhy B.S., Panchenko E.A. Suicide in children and adolescents in Russia: current situation and ways of its normalization [Electronic resource]. *Medical psychology in Russia: electron. scientific journal*. 2012; 2. URL: <http://medpsy.ru>
- 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.
- Townsend E. Self-harm in young people. *Evid Based Ment Health*. 2014; 17 (4): 97–99.
- Kapur N., Cooper J., O'Connor R.C., et al. Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *Br J Psychiatry*. 2013; 202: 326–328.
- Salter D., Platt S. Suicidal intent, hopelessness and depression in a parasuicide population: the influence of social desirability and elapsed time. *Br J Clin Psychology*. 1990; 29: 361–371.
- Nock M.K. Self-Injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010; 6: 339–363.
- Hooley J.M., Fox K.R., Boccagno C. Nonsuicidal Self-Injury: Diagnostic challenges and current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020; 16: 101–112. DOI: 10.2147/NDT.S198806
- Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Глоссарий суицидологических терминов. Киев, 1999. [Chuprikov A.P., Pilyagina G.Ya., Wojciech V.F. Glossary of suicidological terms. Kiev, 1999.] (In Russ)
- Kelley K., Byrne D., Przybyla D.P.J., et al. Chronic self-destructiveness: conceptualization, measurement, and initial validation of the vonstrukt. *Motivation Emotion*. 1985; 9: 135–151.
- Menninger K.A. Man against Himself. Harcourt, Brace: NY, 1938.
- Posner K., Brodsky B., Yershova K., et al. The classification of suicidal behavior. MK Nock, ed. The Oxford handbook of suicide and self-injury: Oxford University Press, 2014: 7–22.
- Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. 445 с. [Mendelevich V.D. Psychology of deviant behavior: Textbook. Moscow: UNITY-DANA, 2015. 445 p.] (In Russ)
- Song B., Hu W., Hu W., et al. Physical Disorders are Associated with Health Risk Behaviors in Chinese Adolescents: A Latent Class Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17 (6): 21–39.
- Швек Ж. Добровольные галерщики: Очерки о процессах самоуспокоения. Пер. с франц. Когито-Центр, 2015. 203 с. [Shvek Zh. Voluntary gallery owners: Essays on the processes of complacency. The Qualitative Report 2015. 203 p.]
- Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. Москва: АСТ, 1998. [Fromm E. Anatomy of human destructiveness. Moscow: AST, 1998.] (In Russ)
- Рахимкулова АС. Последствия рискованного поведения для физического и психического здоровья подростков. *Девиантология*. 2020; 4 (1): 3-15. [Rakhimkulova A.S. Consequences of risky behavior for the physical and mental health of adolescents. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (1): 3-15.] (In Russ)
- 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 Psyc*. 2008; 49: 667–677.
- Tsirigotis K., Gruszczynski W., Tsirigotis-Wołoszczak M. Indirect (chronic) self-destructiveness and modes of suicide attempts. *Arch Med Sci*. 2010; 6 (1): 111–116.
- Любов Е.Б., Зотов П.Б., Положий Б.С. Пандемии и суицид: Идеальный шторм и момент истины. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 3–38. [Lyubov E.B., Zotov P.B., Polozhy B.S. Pandemics and suicide: a perfect storm and a moment of truth. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 3-38.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-3-38
- Любов Е.Б. Граждане под короной, или как это делается в Израиле и около. *Девиантология*. 2020; 4 (1): 55–91. [Lyubov E.B. Citizens under the crown, or how it is done in Israel and nearby. *Deviant Behavior (Russia)*. 2020; 4 (1): 55-91.] (In Russ)
- NICE *Self-harm Quality standard [QS34]*, 2013. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs34>
- International Society for the Study of Self-Injury Definition of non-suicidal self-injury, 2007. <http://www.itriples.org/iss-aboutself-i.html>. Accessed 28 May 2014.
- Westers N.J., Muehlenkamp J.J., Lau M. SOARS model: risk assessment of nonsuicidal self-injury. *Contemp Pediatrics*. July, 2016. <http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contemporary-pediatrics/news/soars-model-risk-assessment-nonsuicidal-self-injury>. Accessed April 17, 2017.
- Plener P.L., Kaess M., Schmahl C., et al. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Dtsch Arztebl Int*. 2018; 115 (3): 23–30. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0023
- Nock M.K., Favazza A.R. Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. Nock MK, ed. *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2009: 9–18.
- Brunner R., Kaess M., Parzer P., et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behav-

- ior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014; 55: 337–348. DOI: 10.1111/jcpp.12166
38. Lang J., Yao Y. Prevalence of nonsuicidal self-injury in chinese middle school and high school students. A meta-analysis. *Med*. 2018; 97 (42): e12916. DOI: 10.1097/MD.00000000000012916
39. Swannell S.V., Martin G.E., Page A., et al. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, metaanalysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav*. 2014; 44: 273–303. DOI: 10.1111/sltb.120709
40. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: Ленанд; 2017. [Polskaya N.A. Psychology of self-injuring behavior. Moscow: Lenand; 2017.] (In Russ)
41. Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С. и соавт. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3): 42–68. DOI: 10.17759/cpp.2016240304 [Bannikov G.S., Fedunina N.Yu., Pavlova T.S. et al. Leading mechanisms of self-harming behavior in adolescents: based on monitoring materials in educational organizations. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2016; 24 (3): 42–68.] (In Russ)
42. Monto M.A., McRee N., Deryck F.S. Nonsuicidal Self-Injury Among a Representative Sample of US Adolescents, 2015. *Am J Public Health*. 2018; 108 (8): 1042–1048.
43. Glenn C.R., Klonsky E.D. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013; 42: 496–507. DOI: 10.1080/15374416.2013.794699
44. Briere J., Gil E. Self-mutilation in a clinical and general population samples: Prevalence, correlates and functions. *Am J Orthopsychiatry*. 1998; 68 (4): 609–620. DOI: 10.1037/h0080369
45. Gillies D., Christou M.A., Dixon A.C., et al. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 57 (10): 733-741.
46. Cipriano A., Cella S., Cotrufo P. Nonsuicidal self-injury: a systematic review. *Front Psychol*. 2017; 8: 1946. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01946
47. Klonsky E.D., Victor S.E., Saffer B.Y. Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *Can J Psych*. 2014; 59 (11): 565–568. DOI: 10.1177/070674371405901101
48. Plener P.L., Schuhmacher T., Munz L.M., Groschwitz R.C. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: searching for predictors A systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2015; 2.
49. Geulayov G., Casey D., McDonald K.C., et al. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *Lancet Psychiatry*. 2018; 5 (2): 167–174. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30478-9
50. Pluhar E., Lois R.H., Burton E.T. Nonsuicidal self-injury in adolescents: current developments to help inform assessment and treatment. *Curr Opin Pediatr*. 2018; 30 (4): 483-489. DOI: 10.1097/MOP.0000000000000655
51. Carroll R., Metcalfe C., Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014; 9 (2): e89944. DOI: 10.1371/journal.pone.0089944
52. Victor S.E., Muehlenkamp J.J., Hayes N.A., et al. Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Compr Psychiatry*. 2018; 82: 53–60. DOI: 10.1016/j.comppsy.2018.01.009
53. Kaess M., Parzer P., Haffner J., et al. Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study. *BMC Public Health*. 2011; 11: 597. DOI: 10.1186/1471-2458-11-597
54. Victor S.E., Klonsky E.D. Correlates of suicide attempts among self-injurers: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014; 34 (4): 282–297. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.03.005
55. Brown R.C., Plener P.L. Non-suicidal self-injury in adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19 (3): 20. DOI: 10.1007/s11920-017-0767-9
56. Bresin K., Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015; 38: 55–64. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.02.009
57. Valencia-Agudo F., Burcher G.C., Ezpeleta L., Kramer T. Nonsuicidal self-injury in community adolescents: a systematic review of prospective predictors, mediators and moderators. *J Adolesc*. 2018; 65: 25–38. DOI: 10.1016/j.adolescence.2018.02.012
58. Taylor P.J., Jomar K., Dhingra K., et al. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *J Affect Disord*. 2018; 227: 759–769. DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.073
59. Kraemer H.C., Kazdin A.E., Offord D.R., et al. Coming to terms with the terms of risk. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54 (4): 337–343.
60. Fox K.R., Franklin J.C., Ribeiro J.D., et al. Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev*. 2015; 42: 156–167.
61. Favazza A.R. Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Curr Psychiatry*. 2012; 11 (3): 21–26.
62. Clarke S., Allerhand L.A., Berk M.S. Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents [version 1; peer review: 2 approved]. *F1000Research* 2019, 8 (F1000 Faculty Rev): 1794. DOI: 10.12688/f1000research.19868.1
63. Инвестируя в будущее детей: Европейский план действий по предупреждению жестокого обращения с детьми, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/253780/64wd13\\_rus\\_InvestChildMaltr eat\\_140439.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/253780/64wd13_rus_InvestChildMaltr eat_140439.pdf), по состоянию на 25 декабря 2017 г.) [Investing in the future of children: European action plan for the prevention of child abuse, 2015-2020 Copenhagen: who regional office for Europe; 2014 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/253780/64wd13\\_rus\\_InvestChildMaltr eat\\_140439.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/253780/64wd13_rus_InvestChildMaltr eat_140439.pdf), as of December 25, 2017)]
64. Fliege H., Lee J.R., Grimm A., Klapp B.F. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *J Psychosom Res*. 2009; 66: 477–493.
65. Thomassin K., Shaffer A., Madden A., Londino D.L. Specificity of childhood maltreatment and emotion deficit in nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of youth. *Psychiatry Res*. 2016; 244: 103–108.
66. Krueger D.W. Integrating body self and psychological self: Creating a New Story in Psychoanalysis and Psychotherapy. NY: Psychology Press, 2002.
67. Gromatsky M.A., Waszczuk M.A., Perlman G., et al. The role of parental psychopathology and personality in adolescent nonsuicidal self-injury. *J Psychiatr Res*. 2017; 85: 15–23.
68. Шустов Д.И., Тучина О.Д., Федотов И.А., Новиков С.А. Аутоагрессивная алкогольная личность. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3): 89-109. [Shustov D. I., Tuchina O. D., Fedotov I. A., Novikov S. A. Autoaggressive alcoholic personality. *Counseling psychology psychotherapy*. 2016; 24 (3): 89-109.] (In Russ)
69. Kessler R.C., Angermeyer M., Anthony J.C., et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization’s World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007; 6: 168–176.
70. 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.
71. 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.
72. Buelens T., Luyckx K., Kiekens G., et al. Investigating the DSM-5 criteria for non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adolescents. *J Affect Dis*. 2020; 260 (1): 314–322. DOI: 10.1016/j.jad.2019.09.009
73. Crowe M. From expression to symptom to disorder: the psychiatric evolution of self-harm in the DSM. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014; 21: 857–858. DOI: 10.1111/jpm.12183
74. Glenn C.R., Klonsky E.D. Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*. 2009; 46 (1): 25–29. DOI: 10.1016/j.paid.2008.08.020
75. Peterson J., Freedenthal S., Sheldon C., Andersen R. Nonsuicidal Self injury in Adolescents. *Psychiatry (Edgmont)*. 2008; 5 (11): 20–26.
76. Lereya S.T., Copeland W.E., Costello E.J., Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in

- childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry*. 2015; 2: 524–531.
77. Jarvi S., Jackson B., Swenson L., Craford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2013; 17: 1–19.
78. Bandura A., ed. *Psychological Modeling: Conflicting Theories*. Piscataway, NJ: Aldine, 2006.
79. Lloyd-Richardson E.E., Perrine N., Dierker L., Kelley M.L. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*. 2007; 37 (8): 1183–1192. DOI: 10.1017/S003329170700027X
80. Walsh B.W. *Treating self-injury: A practical guide*. NY: Guilford Press, 2006
81. Любов Е.Б., Палаева Р.И. «Молодые» суициды и интернет: хороший, плохой, злой. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 72–81. [Lyubov E.B., Palayeva R.I. Suicides of youth and internet: the good, the bad and the ugly. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 72–81.] (In Russ)
82. Lewis S.P., Seko Y. A double-edged sword: a review of benefits and risks of online nonsuicidal self-injury activities. *J Clin Psychol*. 2016; 72: 249–262.
83. Rudd M.D., Berman A.L., Joiner T.E., et al. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide Life Threat Behav*. 2006; 36 (3): 255–262.
84. Franklin J.C., Ribeiro J.D., Fox K.R., et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017; 143 (2): 187–232.
85. Nock M.K., Green J.G., Hwang I., et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70 (3): 300–310.
86. Fowler J.C. Suicide risk assessment in clinical practice: pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy (Chic)*. 2012; 49 (1): 81–90.
87. Ramchand R., Franklin E., Thornton E., et al. Opportunities to intervene? “Warning signs” for suicide in the days before dying. *Death Studies*. 2017; 41 (6): 368–375.
88. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Банников Г.С. Самоповреждающее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы. Сообщение I. *Суицидология*. 2019; 10 (37): 16–46. [Lyubov E.B., Zotov P.B., Bannikov G.S. Self-harming behavior of adolescents: definitions, epidemiology, risk factors and protective factors. The Message I. *Suicidology*. 2019; 10 (4): 16–46.] (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-16-46
89. Raffagnato A., Angelico C., Valentini P, et al. Using the Body When There Are No Words for Feelings: Alexithymia and Somatization in Self-Harming Adolescents. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 262. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00262
90. Favazza A.R. *Bodies under Siege: Self-Mutilation in Culture and Psychiatry*. Baltimore: John Hopkins Press, 1987.
91. Klonsky E.D. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007; 27 (2): 226–239.
92. Doyle L., Sheridan A., Treacy M.P. Motivations for adolescent self-harm and the implications for mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017; 24 (2-3): 134–142.
93. Scoliers G., Portzky G., Madge N., et al. Reasons for adolescent deliberate self-harm: A cry of pain and/or a cry for help? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009; 44: 601–607.
94. Анзье Д. Я-кожа. Пер. франц. Эрго, 2012. 302 с. [Ansie D. I-skin. Per. Frantz. Ergo, 2012. 302 p.] (In Russ)
95. Каминская Н.А. Исследования отчуждения физического «я». *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (2): 8–28. [Kaminskaya N. A. Studies of alienation of the physical "I". *Counseling psychology and psychotherapy*. 2016; 24 (2): 8–28.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.20162402002
96. Zetterqvist M., Lundh L.G., Dahlstrom O., Svedin C.G. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2013; 41: 759–773.
97. Strong M. A Bright Red Scream: Self-mutilation and the Language of Pain. Viking Press, 1998. 232 p.

## ADOLESCENTS NON-SUICIDAL SELF-INJURY: GENERAL AND PARTICULAR. Part I.

E.B. Lyubov,  
P.B. Zotov

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

### Abstract:

In the first part of the review, self-harming behavior (“self-harm”, SH) is viewed as a spectrum of direct and indirect forms of deviant behavior with an emphasis on adolescents non-suicidal SH in comparison with older ages and taking into account the gender aspect. The prevalence, possibly growing, of SH in clinical and general population samples, functions of SH have been specified; the models (hypotheses) of SH and the relationship between non-suicidal and suicidal behavior are discussed.

*Keywords:* self-harm, non-suicidal self-harm, prevalence, risk factors

### Вклад авторов:

Е.Б. 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:

Е.Б. 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: 02.06.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 19.09.2020.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б. Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное. Часть I. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 44–71. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-44-71

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B. Adolescents non-suicidal self-injury: general and particular. Part I. *Suicidology*. 2020; 11 (3): 44–71. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-44-71

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ЦИФРОВЫХ МАРКЕРОВ ОНЛАЙН-АКТИВНОСТИ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ**

*В.Д. Евсеев, А.Г. Пешковская, В.В. Мацута, А.И. Мандель, Н.А. Бохан*

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

### **INTERCONNECTION OF DIGITAL MARKERS OF ONLINE ACTIVITY AND SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF YOUNG MALES WITH NON-SUICIDAL FORMS OF SELF-HARMING BEHAVIOR**

*V.D. Evseev<sup>1</sup>, A.G. Peshkovskaya<sup>1</sup>,  
V.V. Matsuta<sup>2</sup>, A.I. Mandel<sup>1</sup>,  
N.A. Bokhan<sup>1,3</sup>*

<sup>1</sup>Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

<sup>2</sup>Tomsk State University, Tomsk, Russia

<sup>3</sup>Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

#### Информация об авторах:

Евсеев Вячеслав Дмитриевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 7227-9203; Researcher ID: AAC-3984-2019; ORCID iD: 0000-0002-5078-1664). Место работы и должность: старший научный сотрудник отделения аддиктивных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 44-46-11; электронный адрес: slawix@mail.ru

Пешковская Анастасия Григорьевна (SPIN-код: 9755-8943; Researcher ID: R-4624-2016; ORCID iD: 0000-0002-3951-395X). Место работы и должность: младший научный сотрудник отделения аддиктивных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 44-46-11; электронный адрес: peshkovskaya@gmail.com

Мацута Валерия Владимировна – кандидат психологических наук (SPIN-код: 6676-3280; Researcher ID: F-3455-2014; ORCID iD: 0000-0002-0860-0647). Место работы и должность: доцент кафедры организационной психологии факультета психологии ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». Адрес: Россия, 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36. Телефон: +7 (3822) 52-95-85; электронный адрес: matsuta-vv@mail.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

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; 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

#### Author's information:

Evseev Vyacheslav Dmitrievich – MD, PhD (SPIN-code: 7227-9203; Researcher ID: AAC-3984-2019; ORCID iD: 0000-0002-5078-1664). Place of work and position: Senior Researcher, Addiction Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutskaya str. Phone: +7 (3822) 44-46-11; email: slawix@mail.ru

Peshkovskaya Anastasia Grigoryevna (SPIN-code: 9755-8943; Researcher ID: R-4624-2016; ORCID iD: 0000-0002-3951-395X). Place of work and position: Researcher, Addiction Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutskaya str. Phone: +7 (3822) 44-46-11; email: peshkovskaya@gmail.com

Matsuta Valeria Vladimirovna – PhD, Associate professor (SPIN-code: 6676-3280; Researcher ID: F-3455-2014; ORCID iD: 0000-0002-0860-0647). Place of work and position: Department of Psychology, National Research Tomsk State University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 36 Lenin Ave. Tel.: +7 (3822) 52-98-52; email: matsuta-vv@mail.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, Mental Health Research Institute, Tomsk National



Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutskaya str. Phone: +7 (3822) 72-43-79; email: anna-mandel@mail.ru

**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 Addiction Department, Director of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences. 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

С каждым годом растёт число пользователей интернет. Цифровые данные могут быть актуальными маркерами в исследованиях психического здоровья, факторов риска психических заболеваний и самоповреждений. Цель исследования: выявить связь цифровых контент-данных и социально-демографических характеристик мужчин призывного возраста с несуицидальными формами самоповреждающего поведения. Материал и методы. Выборку составили 193 добровольных участника исследования – мужчины призывного возраста (в возрасте от 18 до 27 лет). Оценка несуицидальных самоповреждений производилась в рамках критериев DSM-5 и шкалы самоповреждающего поведения. Оценка параметров цифрового следа проводилась с использованием алгоритмов обработки данных на основе открытых и публично доступных данных социальной сети VK. Математическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS-Statistics V26. Результаты. Проведённое исследование выявило, что 38,7% мужчин призывного возраста хотя бы раз в жизни совершали акт самоповреждения. В соответствии с критериями DSM-5, учитывающих не менее 5 самоповреждений в течение года, распространённость самоповреждений составила 22,6%. Порезы режущими предметами совершали молодые мужчины, имеющие низкий уровень образования ( $p=0,047$ ), проживающие преимущественно в сельской местности ( $p=0,039$ ). С высокой статистической значимостью в данной группе зафиксировано употребление психоактивных веществ и табака ( $p=0,0001$ ). Удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям чаще совершали молодые люди, проживающие в городской местности ( $p=0,006$ ), имеющие факты употребления наркотиков ( $p=0,001$ ) и ранее привлекавшиеся к уголовной ответственности ( $p=0,003$ ). Цифровой след молодых людей, совершивших самоповреждения, отличался наличием агрессивного контента на страницах профилей в социальной сети ( $p=0,02$ ) и изображений с агрессивным содержанием ( $p=0,008$ ). Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о связи самоповреждающего поведения у молодых людей призывного возраста с низким уровнем образования, курением, употреблением алкоголя и наркотиков. Также показано, что цифровыми маркерами онлайн-активности в группе молодых мужчин, имеющих историю несуицидальных самоповреждений, являются размещение агрессивного контента в социальной сети и фотографий агрессивного содержания. Авторы полагают, что результаты исследования могут стать основой для разработки алгоритмов диагностики и программ информированной профилактики для молодежи.

*Ключевые слова:* несуицидальные самоповреждения, NSSI, социальные сети, цифровой след, цифровые контент-данные, агрессивный контент, онлайн-активность, социально - демографические характеристики, цифровые маркеры, призывники, молодёжь

По данным ВЦИОМ 89% подростков и 53% взрослых в России пользуются социальными сетями ежедневно [1, 2]. Согласно данным исследовательского проекта Mediascope в период с апреля по июнь 2020 года количество интернет - пользователей старше 12 лет в России составило 95,1 млн человек, или 65% населения страны. Среднее время пребывания в Сети за день составило 177 минут, а в десятку самых посещаемых интернет - ресурсов попали все известные социальные сети [3].

В условиях широкого использования социальных медиа, данные об онлайн-активности в соцсетях могут предоставить беспрецедентные возможности для исследований в области психического здоровья. В частности, продолжительность онлайн - активности может быть связана с симптомами интернет- и смартфон - зависимости; систематическое ночное пребывание в сети – с нарушениями циркадного ритма, что может являться как причиной психологического неблагополучия, так и следствием формирования проблем в эмоциональной сфере [4, 5].

Согласно отчёту, опубликованному исследовательским центром Пью в 2015 г. [6], частота использования

According to the data provided by All-Russian Center for the Study of Public Opinion, 89% of adolescents and 53% of adults in Russia use social media every day [1, 2]. According to the Mediascope research project, during the period from April to June 2020, the number of Internet users over 12 years old in Russia amounted to 95.1 million people, which made up 65% of the country's population. The average time spent on the Internet per day reached 177 minutes, and all well-known social media websites got into the top ten most visited Internet resources [3].

With its widespread use, data on online social media activity can provide unprecedented opportunities for mental health research. In particular, the duration of online activity may be associated with symptoms of internet and smartphone addiction; systematic overnight stay in the network can be associated with violations of the circadian rhythm, which can both cause psychological distress and be caused by problems in the

социальных сетей и проведённое в них время связаны с проблемами психического здоровья у детей и подростков. Исследование показывает, что онлайн - активность более двух часов в день связана с высоким уровнем психологического стресса, суицидальными идеями и неудовлетворённой потребностью в поддержке. В 2018 г. были опубликованы данные о связи тяжести депрессии и вариативности информации, содержащейся в обновляемом статусе пользователей на платформах Facebook и Twitter [7]. Авторы рассчитали среднюю долю используемых положительных и отрицательных эмоционально окрашенных слов, а так же их изменчивость у каждого человека, и пришли к выводу, что негативные выражения в статусе социальной сети могут являться простой и чувствительной мерой для верификации депрессии у пользователей. Кроме того, цифровые данные социальных сетей стали основой для разработки системы обнаружения суицидальных постов в Twitter лиц, склонных к самоубийству. Система реализована посредством поиска слов, связанных с суицидом, и предназначена для отслеживания состояния лиц, имеющих в анамнезе попытки самоубийства, для его предотвращения и своевременного оказания психологической помощи [8].

Вместе с тем, цифровые данные социальных сетей вызывают всё больший интерес у исследователей в отношении проблемы распространения небезопасного контента, связанного в том числе с самоповреждениями [9-12]. Исследования 2014-2015 гг., посвященные проблеме распространения информации о способах самоповреждений зафиксировали рост число публикаций о самоповреждениях в социальной сети Instagram – за год число таких публикаций увеличилось с 1,7 млн. до 2,4 млн. [13]. Поисковые запросы, связанные с самоповреждениями, осуществляются на платформе Google 42 миллиона раз в год [14]. Топ-100 видео с YouTube, содержащее небезопасный контент о самоповреждениях были просмотрены более двух миллионов раз, причем 90% видео содержали фотографии, а 28% демонстрировали акты совершения самоповреждений [15].

Актуальность исследований самоповреждающего поведения среди подростков и молодых людей в современных условиях распространения цифровых технологий не вызывает сомнения [10, 16]. Благополучие молодого поколения во многом определяется уровнем его психического здоровья [17-20].

Цель исследования: выявить связь цифровых контент-данных и социально - демографических характеристик мужчин призывного возраста с несуйцидальными формами самоповреждающего поведения.

Материал и методы. Обследованы 193 добровольных участника исследования – мужчины призывного возраста (от 18 до 27 лет, средний  $19,68 \pm 2,07$  года). Определены социально - демографические характеристики исследуемой группы. С помощью алгоритмов анализа данных социальной сети VK (vk.com) проведен ана-

emotional sphere [4, 5].

According to a report published by the Pew Research Center in 2015 [6], the frequency and time spent on social media are associated with mental health problems in children and adolescents. Research shows that being online for more than two hours a day is associated with high levels of psychological stress, suicidal ideation, and unmet need for support. In 2018, there were data published on the relationship between the severity of depression and the variability of information contained in the updated status of users on Facebook and Twitter [7]. The authors calculated the average proportion of positive and negative emotionally colored words used, as well as their variability for each individual, and concluded that negative expressions in the status on a social network platform can be a simple and sensitive measure to verify depression in users. In addition, the digital data of social media has become the basis for the development of a system for detecting suicidal posts on Twitter by people prone to suicide. The system is implemented by searching for words related to suicide and is designed to track the state of people with a history of suicide attempts in order to prevent it and provide timely psychological assistance [8].

At the same time, the digital data of social media are of increasing interest among researchers in relation to the problem of dissemination of unsafe content, including those associated with self-harm [9-12]. Studies in 2014-2015 devoted to the problem of disseminating information about methods of self-harm recorded an increase in the number of publications about self-harm on Instagram – over the year the number of such publications increased from 1.7 million to 2.4 million [13]. Searches related to self-harm are carried out on Google 42 million times a year [14]. The top 100 YouTube videos containing unsafe self-harming content have been viewed over two million times, with 90% of the videos containing pictures and 28% demonstrated the very acts of self-harm [15].

The relevance of research of self-injurious behavior among adolescents and young people under the modern conditions of the spread of digital technologies is beyond doubt [10, 16]. The well-being of the younger generation is largely determined by the level of their mental health [17-20].

Aim of the study: to identify the relationship between digital content data and socio-demographic characteristics of young males with non-suicidal forms of self-

лиз цифрового следа. Проанализированы особенности информационного потребления в социальной сети (контент), а также время пребывания в сети.

Оценка несуицидальных самоповреждений (NSSI) осуществлялась в рамках клинического интервью, критериев DSM-5 для диагностики несуицидальных самоповреждений, а также шкалы самоповреждающего поведения (Польская Н.А., 2014) [21].

Открытые и общественно-доступные данные социальной сети VK были выгружены с помощью платформы по работе с данными социальных сетей (lk.data.tsu.ru) Томского государственного университета. Алгоритмы платформы (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «VKApi8.Библиотека методов по выгрузке и анализу данных из социальной сети "ВКонтакте"» RU 2019662001 от 10.09.2019) разработаны на основе стандартных методов работы с интерфейсами прикладного программирования социальных сетей (Application Programming Interface, API).

Проанализирована открытая информация профилей, фотографии (в том числе сохранённые изображения), видео и подписки профилей. Рабочий классификатор состоял из индикаторов нескольких типов:

1. Информация профиля, демографические характеристики.
2. Активность в сети по времени суток.
3. Наличие информации (контента) небезопасного содержания, его частота.

Сбор статистики об активности пользователя и времени проведенном онлайн в социальной сети осуществлён с использованием алгоритмов на основе метода users.get.

Исследование информации (контента) профилей социальной сети проведено с использованием классификатора, включающего следующие единицы анализа:

*Агрессивный контент* – посты, репосты, изображения, видео и подписки, содержащие следующие семантические элементы вербального или визуального характера (агрессия, оружие, кровь, насилие и др.).

*Депрессивный контент* – посты, репосты, изображения, видео и подписки, содержащие семантические элементы вербального или визуального характера: страдание, суицидальные тенденции, слова («повеситься», «умереть», «смерть» и др.), а также фотографии и цитаты известных самоубийц.

*Контент о модификации тела и самоповреждениях* – посты, репосты, изображения, видео и подписки, содержащие семантические элементы вербального или визуального характера: самоповреждения (порезы, ушибы, раны); разного рода деформации и повреждения тела; татуировки, пирсинг.

Исследование одобрено этическим комитетом Томского государственного университета. Все участники исследования являлись волонтерами и подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

injurious behavior.

**Materials and methods.** The study involved 193 voluntary participants young males aged from 18 to 27, mean age  $19.68 \pm 2.07$ . Socio-demographic characteristics of the studied group have been determined. Using algorithms for analyzing data from VK social media (vk.com), the digital footprint was analyzed. The features of information consumption in the social network (content), as well as the time spent online are analyzed.

The assessment of non-suicidal self-harm (NSSH) was carried out within the framework of a clinical interview, DSM-5 criteria for the diagnosis of non-suicidal self-harm, as well as a scale of self-harming behavior (Polskaya N.A., 2014) [21].

The open and publicly accessible data available on VK social network was downloaded through the social network data analysis platform (lk.data.tsu.ru) developed at Tomsk State University. The platform algorithms (Certificate of state registration of the computer program "VKApi8. Library of methods for downloading and analyzing data from the VKontakte social network" RU 2019662001 dated 09/10/2019) are developed on the basis of standard methods of working with application programming interfaces of social networks (Application Programming Interface, API).

Public profile information, pictures (including saved images), videos and profile subscriptions were analyzed. The classifier used consisted of the following types of indicators:

1. Profile information, demographic characteristics.
2. Online activity by time of day.
3. Unsafe content available, its frequency.

The statistics on user activity and time spent online on a social network was collected using algorithms based on the users.get method.

The information (content) of social media profiles was studied using a classifier that includes the following units of analysis:

*Aggressive content* – posts, reposts, images, videos and subscriptions containing the following semantic elements of a verbal or visual nature (aggression, weapons, blood, violence, etc.).

*Depressive content* – posts, reposts, images, videos and subscriptions containing semantic elements of verbal or visual nature: suffering, suicidal tendencies, words ("to hang oneself", "to die", "death", etc.), as well as pictures and quotes of famous sui-

Статистический анализ проведён на основе частотной и описательной статистики, непараметрического метода с использованием коэффициентов ранговой корреляции гамма. Сравнение двух независимых групп произведено с использованием U-критерия Манна-Уитни. Математическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS-Statistics V26.

Результаты и обсуждение.

*Распространённость и способы несуицидальных самоповреждений.* В результате частотного анализа данных шкалы самоповреждений, а также клинического интервью, выявлено, что 38,7% (n=75) обследованных хотя бы раз в жизни совершали акт самоповреждения. В зависимости от характера самоповреждающих действий, все самоповреждения разделены на два вида – инструментальные и соматические (табл. 1).

Таблица 1 / Table 1

Частота актов самоповреждений по шкале самоповреждений, %  
Frequency of acts of self-harm on the self-harm scale, %

Варианты ответа Answer options	Способы самоповреждения Self-harm methods	
	Инструментальные Instrumental	Соматические Somatic
Никогда / never	84,5	76,8
Один раз / once	8,5	7,6
Иногда / sometimes	5,8	13,2
Часто / often	1,2	2,4

В процессе диагностики с каждым обследуемым индивидуально уточнялось количество актов самоповреждений за последний год, что позволило соотнести критерий «А» DSM-5 «в течение прошедшего года акты самоповреждения без суицидальных намерений совершались пять или более раз (ожидаемый физический вред оценивался как незначительный или умеренный)» с мерой шкалы самоповреждений «иногда» и «часто».

Таким образом, 7% обследованных (5,8% и 1,2%) совершили инструментальные самоповреждения не менее 5 раз в течение последнего года, 15,6% (13,2% и 2,4%) – осуществили соматические самоповреждения, что в сумме составило 22,6% от общей совокупности исследуемой неклинической группы молодых мужчин призывного возраста. Чтобы соблюсти соответствие всех критериев классификации DSM-5 для диагностики NSSI, критерии В, С, D, Е и F также применялись к обследуемым, выбравшим в шкале варианты «иногда» и «часто». Данное уточнение позволило сопоставить полученные результаты шкалы самоповреждений Н.А. Польской, которая фиксирует все самоповреждения, в том числе однократно осуществлённые, с результатами зарубежных исследований по выявлению самоповреждений в неклинических группах, в которых используются алгоритмы диагностики NSSI, основанные на критериях DSM-5 и учитывающие не менее 5 самоповреждений в течение года [10].

cide attempters.

*Content about body modification and self-harm* – posts, reposts, images, videos and subscriptions containing semantic elements of verbal or visual nature: self-harm (cuts, bruises, wounds); all kinds of deformation and damage to the body; tattoos, piercings.

The study was approved by the Ethics Committee of Tomsk State University. All study participants were volunteers and signed informed consent to participate in the study.

Statistical analysis was carried out on the basis of frequency and descriptive statistics, a nonparametric method using the rank correlation coefficients gamma. Comparison of two independent groups was made using the Mann-Whitney U-test. Mathematical data processing was performed using the SPSS-Statistics V26 software.

Results and discussion.

*The prevalence and methods of non-suicidal self-harm.* As a result of the frequency analysis of the data on the self-harm scale, as well as clinical interviews, it was revealed that 38.7% (n=75) of the surveyed inflicted self-harm at least once in their life. Depending on the nature of self-damaging actions, all self-harm acts could be divided into two types – instrumental and somatic (Table 1).

During diagnostics, the number of self-harming acts over the past year was individually specified with each individual, which made it possible to correlate the self-harm scale assessments "sometimes" and "often" with "A" DSM-5 criterion "during the past year, self-harming acts without suicidal intentions were committed five or more times" (the expected physical harm was mostly assessed as insignificant or moderate).

Thus, 7% of the surveyed (5.8% and 1.2%) committed instrumental self-harm at least 5 times during the last year, 15.6% (13.2% and 2.4%) carried out somatic self-harm, which in total made up 22.6% of the total population of the studied non-clinical group of young males. In order to meet all DSM-5 classification criteria for the diagnosis of NSSI, criteria B, C, D, E, and F were also applied to subjects who selected "sometimes" and "often" on the scale. This refinement made it possible to compare the results obtained by N.A. Polskaya who records all self-harm acts, including one-time, with the results of foreign studies to identify self-harm in non-clinical groups, which use NSSI diagnostic algorithms based on DSM-5 criteria and taking into account at least 5 self-harm during the year [10].

Таблица 2 / Table 2

Типы самоповреждений и частоты распределения ответов  
Types of self-harm and response frequency rates

Действия, связанные с самоповреждением Self-harming acts		Никогда Never		Один раз Once		Иногда Sometimes		Часто Often	
		п	%	п	%	п	%	п	%
Инструментальные Instrumental	Порезы режущими предметами Cuts with sharp objects	154	79,79	16	8,29	17	8,81	6	3,11
	Уколы или проколы кожи острыми предметами Skin piercing with sharp objects	163	84,46	17	8,81	11	5,70	2	1,04
	Самоожоги Self-burns	164	84,97	17	8,81	11	5,70	1	0,52
	Удары кулаком, ногой, головой, корпусом тела по твердым поверхностям Blows against hard surfaces with a fist, leg, head, body	137	70,98	28	14,51	26	13,47	2	1,04
Соматические Somatic	Удары кулаком по своему телу Hitting one's body with a fist	174	90,16	12	6,22	7	3,63	0	0,00
	Выдергивание волос Pulling one's hair	182	94,30	4	2,07	7	3,63	0	0,00
	Расчесывание кожи Skin scratching	159	82,38	12	6,22	21	10,88	1	0,52
	Обкусывание ногтей Nail biting	139	72,02	16	8,29	30	15,54	8	4,15
	Создание препятствий для заживления ран Creating obstacles to wounds healing	158	81,87	12	6,22	18	9,33	5	2,59
	Обкусывание губ Lips biting	118	61,14	16	13,56	46	38,98	13	11,02
	Прикусывание щек или языка Biting on the cheek or tongue	151	78,24	12	6,22	27	13,99	3	1,55

Результаты частотного анализа типов самоповреждений показали, что в исследуемой группе наиболее распространены акты инструментальных самоповреждений: удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям и порезы режущими предметами. Из соматических – обкусывание ногтей и губ, прикусывание щёк и языка, расчесывание кожи и создание препятствий для заживления ран (табл. 2).

*Социально-демографические характеристики* мужчин. Средний возраст обследованных составил 19,68 лет ( $\pm 2,07$ ). Из общего числа обследованных 1,5% (n=3) не имели общего образования (не закончили 9 классов), неполное среднее образование (9 классов) имели 49,7% (n=96), полное среднее образование на момент обследования было у 17,9% (n=35), средне-специальное – у 19,3% (n=37), незаконченное высшее – у 6,2% (n=12), высшее – у 5,3% (n=10).

Большая часть (59%, n=114) проживали в сельской местности, 41% (n=79) являлись городскими жителями.

У 42,5% обследованных (n=82) обнаружена никотиновая зависимость, в 57,3% случаях потребители табака проживали в сельской местности.

The results of the frequency analysis of the types of self-harm in the studied group showed that most common acts of instrumental self-harm are blows with a fist, leg, head or body on hard surfaces and cuts with cutting objects. And most common somatic self-injuries include biting nails and lips, biting cheeks and tongue, scratching the skin and creating obstacles to wound healing (Table 2).

*Socio-demographic characteristics of young males.* The mean age of the surveyed men was 19.68 years ( $\pm 2.07$ ). Of the total number of the surveyed at the time of the survey 1.5% (n=3) did not complete secondary education, 49.7% (n=96) had incomplete secondary education (didn't go to high school), 17.9% (n=35) had complete secondary education, 19.3% (n=37) had secondary special education, 6.2% (n=12) went to college and got Bachelor's degree, 5.3% (n=10) got Master's degree.

Most (59%, n=114) lived in rural areas, while 41% (n=79) were urban residents.

42.5% (n=82) of the surveyed were found to be nicotine addicted, with 57.3% tobacco users living in rural areas.

Таблица 3 / Table 3

Связь актов самоповреждений с социально-демографическими показателями мужчин призывного возраста  
The relationship between acts of self-harm with the socio-demographic indicators of young men

Акты самоповреждений / социально-демографические показатели Self-harming acts / Social-demographic indices	Образование Education	Место жительства Place of residence	Курение (употребление табака) Tobacco smoking	Употребление алкоголя Alcohol consumption	Алкоголь (кол-во раз в месяц) Alcohol (consumption per month)	ПАВ SAS	Уголовная ответственность Conviction
Порезы режущими предметами Cuts with sharp objects	-0,21* p=0,047	-0,26* p=0,039	0,53* p=0,0001	0,12	0,05	0,56* p=0,0001	0,27
Уколы или проколы кожи острыми предметами Skin piercing with sharp objects	-0,27* p=0,023	-0,06	0,27* p=0,042	0,25	0,16	0,12	0,31
Самоожоги Self-burns	-0,24* p=0,046	0,01	0,46* p=0,0001	0,24	0,12	0,51* p=0,002	0,39
Удары кулаком по своему телу Blows against hard surfaces with a fist, leg, head, body	-0,02	0,42* p=0,006	0,05	0,19	0,17	0,15	-0,03
Удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям Hitting one's body with a fist	-0,04	0,32* p=0,006	-0,05	0,18	0,16	0,42* p=0,001	0,56* p=0,003
Выдергивание волос Pulling one's hair	-0,05	-0,24	-0,10	0,02	-0,02	0,2	0,26
Расчесывание кожи Skin scratching	0,01	0,17	0,06	0,26* p=0,043	0,17	0,13	0,34
Обкусывание ногтей Nail biting	0,11	0,17	-0,04	0,03	-0,05	0,02	0,12
Создание препятствий для заживления ран Creating obstacles to wounds healing	-0,11	-0,01	0,32* p=0,010	0,21	0,17	0,10	0,24
Обкусывание губ Lips biting	-0,16	0,25* p=0,014	0,31* p=0,010	0,48* p=0,0001	0,40* p=0,0001	0,02	0,29
Прикусывание щек или языка Biting on cheeks or tongue	-0,04	0,25* p=0,012	0,26* p=0,010	0,11	0,13	0,1	0,14

Примечание: \*Гамма корреляция. Отмеченные корреляции значимы на уровне  $p < 0,05$  и  $p < 0,01$   
Note: \* Gamma correlation. The noted correlations are significant at  $p < 0.05$  and  $p < 0.01$ .

41,4% (n=80) обследованных употребляли алкоголь, из них 62,8% (n=49) это делали 1-2 раза в месяц, 35,9% (n=23) – 3-6 раз в месяц, а 7 и более раз в месяц – 10% (n=8). Употребление алкоголя в 92,5% случаев сочеталось с табакокурением. Каждый шестой (17,6%) из участников исследования отметили, что от одного до нескольких раз употребляли ПАВ (каннабис, синтетические каннабиноиды, синтетические психостимуляторы) без формирования синдрома зависимости.

11 человек (5,7%) привлекались к уголовной от-

41.4% (n=80) of the surveyed consumed alcohol, of whom 62.8% (n=49) did it once or twice per month, 35.9% (n=23) consumed alcohol 3-6 times a month, and 10% (n=8) did that 7 or more times a month. Alcohol consumption in 92.5% of cases was combined with tobacco smoking. Every sixth (17.6%) of the study participants noted that they used other SAS (cannabis, synthetic cannabinoids, synthetic psychostimulants) from one to several times without forming an addiction syn-

ветственности. Среди правонарушений встречались такие как грабёж, кражи, причинение тяжких телесных повреждений.

Для определения связей между социально - демографическими характеристиками и способами несуицидального самоповреждений был проведён корреляционный анализ с использованием гамма коэффициента (табл. 3).

В результате корреляционного анализа выявлен ряд значимых связей между актами самоповреждений и социально-демографическими характеристиками. Порезы режущими предметами совершали молодые люди, имеющие низкий уровень образования (-0,21;  $p=0,047$ ), проживающие преимущественно в сельской местности (-0,26;  $p=0,039$ ). С высокой статистической значимостью в этой группе зафиксированы данные об употреблении ПАВ и табака (0,56;  $p=0,0001$  и 0,56;  $p=0,0001$  соответственно).

Уколы или проколы кожи острыми предметами также оказались связаны с низким уровнем образования (-0,27;  $p=0,023$ ) и табакокурением (0,27;  $p=0,042$ ). Коррелятами самоожогов явились: низкий уровень образования (-0,24;  $p=0,046$ ), употребление табака (0,46;  $p=0,000$ ) и наркотиков (0,51;  $p=0,002$ ). Удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям чаще совершали молодые люди, проживающие в городской местности (0,32;  $p=0,006$ ), имеющие в анамнезе сведения об употреблении наркотиков (0,42;  $p=0,001$ ) и ранее привлекавшиеся к уголовной ответственности (0,56;  $p=0,003$ ).

Корреляционный анализ также выявил наличие связи соматических самоповреждений (ударов кулаком по своему телу) с проживанием в городской местности (0,42;  $p=0,006$ ), употреблением алкоголя (0,26;  $p=0,043$ ), курением (0,32;  $p=0,010$ ).

*Онлайн-активность в социальной сети* и несуицидальные самоповреждения. В результате анализа данных цифрового следа в социальной сети были проанализированы открытые данные 115 молодых мужчин из 193 обследованных. Информация на страницах пользователей была классифицирована специальным алгоритмом в соответствии с наличием вербальных или визуальных (фотографии и изображения) элементов агрессивного и депрессивного содержания.

*Агрессивный контент* в профиле социальной сети был обнаружен у 38% ( $n=32$ ) молодых мужчин, фотографии с агрессивным контентом у 25% ( $n=21$ ), видео с агрессивным контентом – у 44% ( $n=37$ ), подписки на группы с агрессивным содержанием обнаружены – у 45,2% ( $n=38$ ), (Рис. 1).

*Депрессивный контент* отмечен у 30,9% ( $n=26$ ) молодых мужчин, фото депрессивного содержания – у 14,3% ( $n=12$ ), видео подобной тематики – у 17,8% ( $n=15$ ), подписаны на группы с депрессивным контентом оказались 33,3% ( $n=28$ ) человек (Рис. 1.)

drome.

11 people (5.7%) were prosecuted for robbery, theft, causing grievous bodily harm.

To determine the links between socio-demographic characteristics and methods of non-suicidal self-harm, a correlation analysis was carried out using a gamma coefficient (Table 3).

The correlation analysis revealed a number of significant correlations between acts of self-harm and socio-demographic characteristics. Cuts with sharp objects were made by young people with low level of education (-0.21;  $p=0.047$ ) who live mainly in rural areas (-0.26;  $p=0.039$ ). Data on the use of SAS and tobacco were recorded with high statistical significance in this group (0.56;  $p=0.0001$  and 0.56;  $p=0.0001$ , respectively).

Skin piercing with sharp objects was also associated with low education (-0.27;  $p=0.023$ ) and tobacco smoking (0.27;  $p=0.042$ ). The correlates of self-burns were low level of education (-0.24;  $p=0.046$ ), tobacco use (0.46;  $p=0.000$ ) and drugs (0.51;  $p=0.002$ ). Blows against hard surfaces with a fist, leg, head, or body were typical for young men living in urban areas (0.32;  $p=0.006$ ) who had a history of drug use (0.42;  $p=0.001$ ) and were previously prosecuted (0.56;  $p=0.003$ ).

Correlation analysis also revealed the presence of a connection between somatic self-harm (hitting one's body with a fist) with living in urban areas (0.42;  $p=0.006$ ), alcohol consumption (0.26;  $p=0.043$ ), and smoking (0.32;  $p=0.010$ ).

*Online social media activity* and non-suicidal self-harm. As a result of the analysis of digital footprint data on the social media, open data of 115 out of 193 young men surveyed were analyzed. The information on the users' pages was classified according to a special algorithm on the presence of verbal or visual (pictures and images) elements of aggressive and depressive content.

*Aggressive content* on the social media profile was found on the profiles of 38% ( $n=32$ ) young men, pictures with aggressive content were published by 25% ( $n=21$ ), videos with aggressive content was found on 44% ( $n=37$ ) profiles, and 45.2% ( $n=38$ ) were subscribed to groups with aggressive content (Fig. 1).

*Depressive content* was noted in 30.9% ( $n=26$ ) of young men profiles, pictures of depressive content were found on 14.3% ( $n=12$ ) profiles, depressive videos were posted by 17.8% ( $n=15$ ), and 33.3% ( $n=28$ ) people were subscribed to groups with depressive content (Fig. 1.)

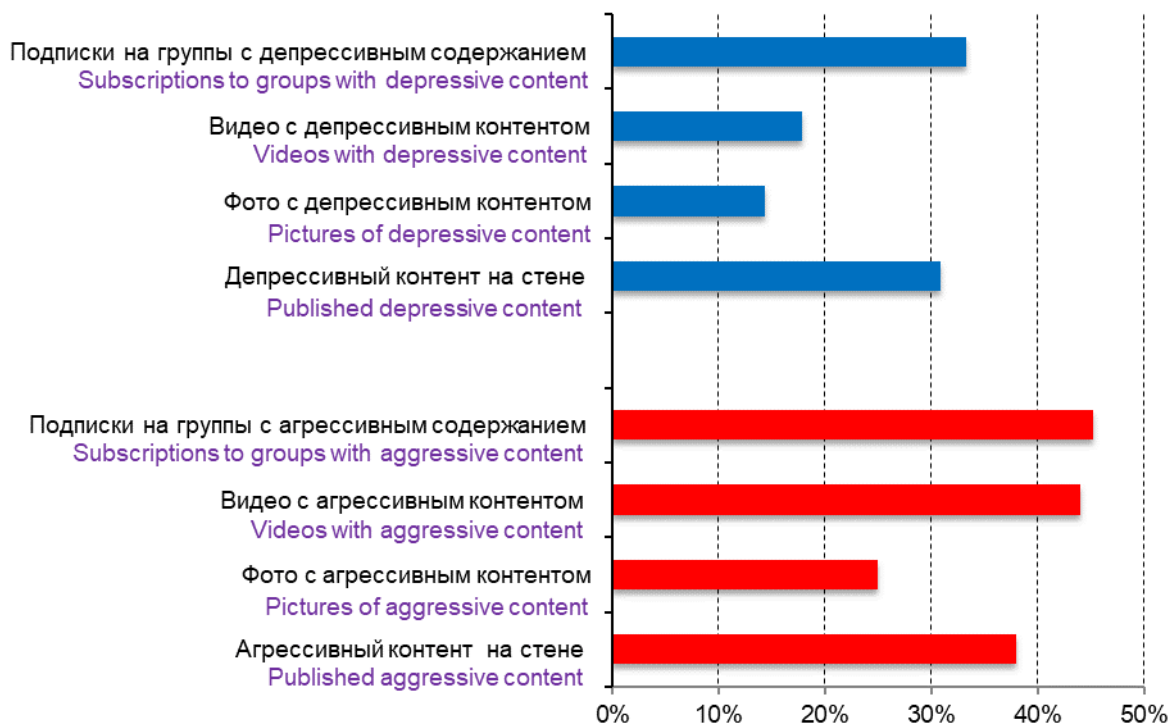


Рис. 1. / Fig. 1. Агрессивный и депрессивный контент в профилях социальной сети мужчин призывного возраста, %. / Aggressive and depressive content in the profiles of the social network of men of conscription age, %.

Анализ данных о времени онлайн-активности показал, что значительное число пользователей были активны в социальной сети в вечернее (55,9%, n=47) и ночное время (16,6%, n=14).

Для верификации гипотезы о связи самоповреждающего поведения с небезопасным контентом в социальной сети участники исследования были разделены на две группы: лица без истории самоповреждений и совершившие самоповреждения. Анализ различий между группами в отношении наличия в цифровом следе небезопасного контента был проведён с использованием U-критерия Манна-Уитни, результаты представлены в таблице 4.

Выявлено, что в цифровом следе молодых мужчин призывного возраста, совершавших несуицидальные самоповреждения, достоверно чаще фиксируется информация агрессивного содержания, публикуемая на стене профиля социальной сети (U=532; p=0,02), а также фотографии и изображения с агрессивным содержанием (U=545; p=0,008) по сравнению с призывниками, не имеющими истории самоповреждений.

**Заключение.** Начиная с 2000 года, растёт число исследований, посвященных проблеме несуицидальных самоповреждений. Наряду с этим, мировая статистика отмечает увеличение числа самоповреждений при обращениях в отделения неотложной помощи и медицинские учреждения общей практики [22]. Тем не менее, неизвестно, отражает ли это рост распространённости несуицидальных самоповреждений в обществе, поскольку зачастую самоповреждения остаются не диагностированными. В большинстве случаев молодые люди, причиняющие себе вред, не обращаются за медицинской помощью. Более того, неясно, меняется ли распространённость и особен-

Analysis of data on the time of online activity showed that a significant number of users were active on the social media in the evening (55.9%, n=47) and at night (16.6%, n=14).

To verify the hypothesis that self-harming behavior is associated with unsafe content on social media, the study participants were divided into two groups: individuals without a history of self-harm and those who committed self-harm. The analysis of differences between groups regarding the presence of unsafe content in the digital footprint was carried out using the Mann-Whitney U-test, the results are presented in Table 4.

It was revealed that in the digital footprint of young males who committed non-suicidal self-harm, information of aggressive content (U=532; p=0.02), as well as pictures and images with aggressive content (U=545; p=0.008) were published on their social media profile significantly more often compared to conscripts with no history of self-harm.

**Conclusion.**

Since 2000, a growing number of studies have been devoted to the



ности несуйцидальных самоповреждений, поскольку сравнительные и/или лонгитюдные исследования проводятся нечасто, а их выводы остаются противоречивыми [23].

Таблица 4 / Table 4

Различия в цифровом следе между группами мужчин призывного возраста по признаку самоповреждений  
Differences in the digital footprint between groups of young males with and without self-harm

Небезопасный контент в цифровом следе Unsafe content in the digital footprint	U критерий U criterion	p
Агрессивный контент в профиле* Aggressive content on the profile*	532*	0,02*
Депрессивный контент в профиле Depressive content on the profile	724	0,705
Фотографии с агрессивным контентом* Pictures with aggressive content*	545*	0,008*
Фотографии с депрессивным контентом Pictures with depressive content	655	0,152
Видео с агрессивным контентом Videos with aggressive content	689	0,451
Видео с депрессивным контентом Videos with depressive content	696	0,397
Подписки на группы агрессивного содержания Subscriptions to groups with aggressive content	659	0,274
Подписки на группы депрессивного содержания Subscriptions to groups with depressive content	733	0,789
Онлайн-активность в утреннее время Morning online activity	716	0,235
Онлайн-активность в дневное время Daytime online activity	694	0,411
Онлайн-активность в вечернее время Evening online activity	713	0,628
Онлайн-активность в ночное время Nighttime online activity	683	0,277

Примечание / Note: \* p < 0.05

В результате данного исследования выявлено, что 38,7% (n=75) обследованных нами молодых людей призывного возраста хотя бы раз в жизни совершали самоповреждения (в соответствии с результатами шкалы самоповреждений). Использование критериев DSM-5 для диагностики несуйцидальных самоповреждений, учитывающих не менее 5 самоповреждений в год, показало, что 7% обследованных совершили инструментальные самоповреждения, 15,6% – соматические, что в сумме составило 22,6% от общей исследуемой группы молодых мужчин.

Корреляционный анализ показал связь самоповреждающего поведения среди обследованных с низким уровнем образования, курением, употреблением алкоголя и наркотиков. Также установлена связь потребления и продуцирования небезопасного контента в социальной сети с самоповреждающим поведением (p<0,05). Показано, что цифровыми маркерами онлайн-активности для несуйцидального самоповреждающего поведения являются наличие агрессивного контента на стене социальной сети и фотографии / изображения агрессивного содержания.

problem of non-suicidal self-harm. Along with this, world statistics indicate an increase in the number of self-harm when referring to emergency departments and general medical institutions [22]. However, it is not known if this reflects the increased prevalence of non-suicidal self-harm in society, as self-harm often remains undiagnosed.

In most cases, self-harming young people do not seek medical attention. Moreover, it is unclear whether the prevalence and characteristics of non-suicidal self-harm are changing, since comparative and/or longitudinal studies are conducted infrequently, and their conclusions remain contradictory [23].

As a result of this study, it was revealed that 38.7% (n=75) of the surveyed young males committed self-harm (according to the results of the scale of self-harm) at least once in their life. The use of DSM-5 criteria for the diagnosis of non-suicidal self-harm that considers at least 5 self-harming acts per year, showed that 7% of the surveyed committed instrumental and 15.6% committed somatic self-harm, which all together amounted to 22.6% of the total studied group of young males.

Correlation analysis showed a connection between self-injurious behavior among those surveyed with low level of education, smoking, alcohol and drug use. The connection between consumption and publications of unsafe content on social media with self-injurious behavior was also established (p < 0.05). It is shown that the presence of aggressive content on the social media page and saved pictures/images of aggressive content are digital markers of online activity for non-suicidal self-injurious behavior.

The lack of diagnosis and treatment of non-suicidal self-injurious behavior can lead to the reinforcement of self-harming acts as one of the coping strategies, as well as their further prevalence in adulthood that would increase risk of suicide. The importance of research on the problem of non-suicidal self-harm

Отсутствие диагностики и терапии несуицидального самоповреждающего поведения может приводить к закреплению самоповреждающих действий, как одной из стратегий копинга, а также их сохранению во взрослом возрасте с возрастающим риском суицида. Значимость исследований проблемы несуицидальных самоповреждений неоспорима, как для разработки алгоритмов диагностики, так и программ информированной профилактики для подростков и молодёжи.

is undeniable, both for the development of diagnostic algorithms and programs for informed prevention for adolescents and young people.

Литература / References:

1. Солдатова Г.В., Зотова Е.Ю., Чекалина А.И., Гостимская О.С. Пойманные одной сетью: социально-психологическое исследование представлений детей и взрослых об интернете / Под ред. Г.В. Солдатовой; Фонд Развития Интернет. М., 2011. 176 с. [Soldatova G.V., Zotova E.Yu., Chekalina A.I., Gostimskaya O.S. Caught in one network: a socio-psychological study of children and adults' ideas about the Internet / Ed. by G. V. Soldatova; Internet Development Fund, Moscow, 2011, 176 p.] (In Russ)
2. Польская Н.А., Якубовская Д.К. Влияние социальных сетей на самоповреждающее поведение у подростков. *Консультативная психология и психотерапия*. 2019; 27 (3) 156–174. [Polskaya N.A., Yakubovskaya D.K. Influence of social networks on self-injuring behavior in adolescents. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2019; 27 (3) 156-174.] (In Russ) DOI:10.17759/cpp.2019270310
3. <https://webindex.mediascope.net/> (дата обращения: 01.10.2020)
4. Faurholt-Jepsen M., Vinberg M., Frost M., Debel S., Margrethe Christensen E., Bardram J.E., et al. Behavioral activities collected through smartphones and the association with illness activity in bipolar disorder. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2016; 25 (4): 309–323.
5. Pierce T. Social anxiety and technology: face-to-face communication versus technological communication among teens. *Comput Hum Behav*. 2009; 25 (6): 1367–1372.
6. Lee-Won R., Herzog L., Park S. Hooked on Facebook: the role of social anxiety and need for social assurance in problematic use of Facebook. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2015; 18 (10). DOI: 10.1089/cyber.2015.0002
7. Seabrook E.M., Kern M.L., Fulcher B.D., Rickard N.S. Predicting depression from language-based emotion dynamics: longitudinal analysis of Facebook and Twitter status updates. *J Med Internet Res*. 2018; 20 (5): e168. DOI: 10.2196/jmir.9267
8. Varathan K.D., Talib N. Suicide detection system based on Twitter. *Science and Information Conference*. 2014. August 27-29, 2014. London, UK. P. 785-788.
9. Peshkovskaya A., Mundrievskaya Y., Serbina G., Matsuta V., Goiko V., Feshchenko A. "Followers of School Shooting Online Communities in Russia: Age, Gender, Anonymity and Regulations," in *Intelligent Systems and Applications*. IntelliSys 2020. *Advances in Intelligent Systems and Computing*. 2021; 1252. eds K. Arai, S. Kapoor, and R. Bhatia (Cham: Springer). DOI: 10.1007/978-3-030-55190-2\_58
10. Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И., Пешковская А.Г. Обзор исследований несуицидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 70-83. [Bokhan N.A., Evseev V.D., Mandel A.I., Peshkovskaya A.G. Review of studies of non-suicidal forms of self-injury on NSSI scales and questionnaires. *Suicidology*. 2020; 11 (1): 70-83]. (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-70-83
11. Feshchenko A., Matsuta V., Mundrievskaya J., Peshkovskaya A., Goiko V. Psychological safety of students in social networks: the search for dangerous content and identifying its consumers, EDULEARN 20 Proceedings, 2020. P. 5228-5238.
12. Brown R.C., Plener P.L. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19: 20. DOI: 10.1007/s11920-017-0767-9
13. Moreno M.A., Ton A., Selkie E.M., et al. Secret society 123: Understanding the language of self-harm on Instagram. *J of Adolescent Health*. 2016; 58 (1): 78-84. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2015.09.015
14. Lewis S.P., Mahdy J.C., Michal N.J., Arbuthnot A.E. Googling self-injury: the state of health information obtained through online searches for self-injury. *JAMA Pediatr*. 2014; 168 (5): 443–449. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2014.187
15. Lewis S.P., Heath N.L., St Denis J.M., Noble R. The scope of non-suicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics*. 2011; 127 (3): e552–7. DOI: 10.1542/peds.2010-2317
16. Евсеев В.Д., Пешковская А.Г., Мацута В.В., Мандель А.И. Несуицидальные самоповреждения (NSSI) и их связь с цифровыми данными социальной сети. *Академический журнал Западной Сибири*. 2020; 16 (3): 38-40. [Evseev V.D., Peshkovskaya A.G., Matsuta V.V., Mandel A.I. Non-Suicidal Self-Injuries (NSSI) and online Social Networks. *Academic Journal of West Siberia*. 2020; 16 (3): 38-40.] (In Russ)
17. Бохан Н.А., Мандель А.И., Пешковская А.Г., Бадырғы И.О., Асланбекова Н.В. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013; 113 (6-2): 9-13. [Bohan N.A., Mandel A.I., Peshkovskaya A.G., Badyrғы I.O., Aslanbekova N.V. Ethnoterritorial heterogeneity of formation of alcohol dependence in indigenous population of Siberia. *Korsakov journal of neurology and psychiatry*. 2013; 113 (6-2): 9-13.] (In Russ)
18. Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И. Распространенность психических и наркологических расстройств среди лиц призывного возраста в регионах РФ. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2019; 29 (3): 102-108. [Bohan N.A., Evseev V.D., Mandel A.I. Prevalence of mental and drug-related disorders among conscripts in the regions of the Russian Federation. *Social and clinical psychiatry*. 2019; 29 (3): 102-108.] (In Russ)
19. Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И. Структура и распространенность психических и поведенческих расстройств у лиц призывного возраста в Томской области в 2016-2018 гг. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 4 (105): 26-33. [Bohan N.A., Evseev V.D., Mandel A.I. Structure and prevalence of mental and behavioral disorders in persons of military age in the Tomsk region in 2016-2018. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 4 (105): 26-33.] (In Russ) DOI: 10.26617/1810-3111-2019-4(105)-26-33
20. Бохан Н.А., Мандель А.И., Пешковская А.Г. Этнокультуральный контекст клинико-психологических взаимосвязей при алкогольной зависимости. *Медицинская психология в России*: электрон. науч. журн. 2014; 2 (25) [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 01.10.2020). [Bohan N.A., Mandel A.I., Peshkovskaya A.G. Ethno-Cultural context of clinical and psychological relationships in alcohol dependence. *Medical psychology in Russia: electron. scientific journal* 2014; 2 (25) [Electronic resource]. URL: <http://mprj.ru> (date accessed: 01.10.2020).] (In Russ)
21. Польская Н.А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчёта). *Консультативная психология и психотерапия*. 2014; 2 (81): 140-152. [Polskaya N.A. Causes of self-harm in youth (based on the self-report scale). *Counseling psychology and psychotherapy*. 2014; 2 (81): 140-152.] (In Russ)
22. McManus S. et al. Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000–14: repeated cross-sectional surveys of the general population. *The Lancet Psychiatry*. 2019; 6 (7): 573–581. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30188-9
23. Cipriano A., Cella S., Cotrufo P. Nonsuicidal self-injury: a systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2017; 8: 1946. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01946

## INTERCONNECTION OF DIGITAL MARKERS OF ONLINE ACTIVITY AND SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF YOUNG MALES WITH NON-SUICIDAL FORMS OF SELF-HARMING BEHAVIOR

V.D. Evseev<sup>1</sup>, A.G. Peshkovskaya<sup>1</sup>,  
V.V. Matsuta<sup>2</sup>, A.I. Mandel<sup>1</sup>,  
N.A. Bokhan<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia; mental@tnimc.ru  
<sup>2</sup>Tomsk State University, Tomsk, Russia; matsuta-vv@mail.ru  
<sup>3</sup>Siberian State Medical University, Tomsk, Russia; mental@tnimc.ru

### Abstract:

The number of Internet users is growing every year. Digital data can be relevant markers in research on mental health, risk factors for mental illness and self-harm. Aim of the study: to identify the connection between digital content data and socio-demographic characteristics of young males with non-suicidal forms of self-injurious behavior. Material and methods. The sample consisted of 193 voluntary participants in the study – males aged 18 to 27. The assessment of non-suicidal self-harm was performed within the DSM-5 criteria and the scale of self-harm behavior. The parameters of the digital footprint were estimated using data processing algorithms based on open and publicly available data from VK social network. Mathematical data processing was performed using the SPSS-Statistics V26 software. Results. The study revealed that 38.7% of young males committed an act of self-harm at least once in their lives. According to DSM-5 criteria, where at least 5 self-harming actions within a year must be taken into account, the prevalence of self-harm was 22.6%. Cuts with sharp objects were made by young men with low level of education ( $p=0.047$ ), who live mainly in rural areas ( $p=0.039$ ). The use of psychoactive substances and tobacco was recorded with a high statistical significance in this group ( $p=0.0001$ ). Young people living in urban areas ( $p=0.006$ ), with experience of drug use ( $p=0.001$ ) and previously prosecuted ( $p=0.003$ ) were more likely to hit hard surfaces with their fist, leg, head or body. The digital footprint of young people who committed self-harm was distinguished by the presence of aggressive content on social media profile pages ( $p=0.02$ ) and images with aggressive content ( $p=0.008$ ). Conclusion. The results of the study indicate a connection between self-harming behavior in young males with low level of education, smoking, alcohol and drug use. It was also shown that digital markers of online activity in a group of young men with a history of non-suicidal self-harm are the posting of aggressive content on social media and photographs of aggressive content. The authors believe that the results of the study can become the basis for the development of diagnostic algorithms and informed prevention programs for young people.

**Keywords:** non-suicidal self-harm, NSSI, social media, digital footprint, digital content data, aggressive content, online activity, socio-demographic characteristics, digital markers, youth

### Вклад авторов:

V.D. Evseev: формулировка концепции и структуры исследования, написание и редактирование текста статьи;  
A.G. Peshkovskaya: анализ литературы, получение данных для анализа, статистическая обработка и анализ результатов исследования, написание текста статьи;  
V.V. Matsuta: 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;  
N.A. Bokhan: написание и редактирование текста рукописи.

### Authors' contributions:

V.D. Evseev: formulation of the concept and structure of the study, article writing and correcting;  
A.G. Peshkovskaya: reviewing relevant publications, empirical research, statistical data processing, article writing;  
V.V. Matsuta: 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.  
N.A. Bokhan: article writing, article editing.

**Финансирование:** Исследование выполнено при поддержке РФФ, проект №19-78-10122.

**Financing:** The study was supported by the Russian science Foundation, project no. 19-78-10122.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 26.09.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 29.10.2020.

Для цитирования: Евсеев В.Д., Пешковская А.Г., Мацута В.В., Мандель А.И., Бохан Н.А. Взаимосвязь цифровых маркеров онлайн-активности и социально-демографических характеристик лиц призывного возраста с несуицидальными формами самоповреждающего поведения. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 72-83. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-72-83

For citation: Evseev V.D., Peshkovskaya A.G., Matsuta V.V., Mandel A.I., Bokhan N.A. Interconnection of digital markers of online activity and socio-demographic characteristics of young males with non-suicidal forms of self-harming behavior. *Suicidology*. 2020; 11 (3): 72-83. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-72-83

**ТЕОРИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ. СООБЩЕНИЕ II<sup>1</sup>***J. Zhang*

Университет штата Нью-Йорк в Буффало, США

**THE STRAIN THEORY OF SUICIDE. Part II***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](mailto: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](mailto: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 II.

*Ключевые слова:* суицид, напряжение, конфликт ценностей, недостижимые стремления, относительные лишения, дефицит совладания

Общая теория напряжения и преступлений (ОТН) и теория суицидального напряжения (ТСН).

Хотя обе теории задействуют понятие напряжения, общая теория напряжения (ОТН) призвана объяснять преступления, а теория суицидального напряжения объясняет исключительно самоубийства и психические расстройства. Очевидно, что у ОТН и ТСН много общего. Во-первых, обе теории строятся на ранних теориях аномии и экономического напряжения. Во-вторых, обе объясняют некое отклоняющееся и асоциальное поведение людей, хотя одно направлено во вне, а другое на самого человека, во внутрь. Также они обе фокусируются на психологическом и индивидуальном уровне анализа, и пытаются изучать, как социальные структуры влияют на индивидуальное поведение.

General Strain Theory (GST) of Crimes and the Strain Theory of Suicide (STS)

Although they both employ the concept of strain the General Strain Theory (GST) is directed to explain crimes and the Strain Theory of Suicide (STS) is solely for the explanation of suicide and mental disorders. Obviously, the STS and GST share certain commonalities. First, they are both built on previous theories on anomie and economic strain. Then, they both explain some deviant and anti-social behaviors of individuals, although one is inwardly and the other outwardly directed. Also, they both focus on the psychological and individual level of analyses and try to study how social structure affects individual behaviors.

<sup>1</sup>Исследование было поддержано грантами Национального института здравоохранения (R03 MH60828 и R01 MH068560), автор является главным исследователем / This research was supported by the National Institutes of Health grants (R03 MH60828 and R01 MH068560), of which the author is the principal investigator.

Наконец, источники напряжения в обеих теориях не исключают друг друга.

ТСН отлична от ОТН в четырёх главных аспектах. Во-первых, в то время как три источника напряжения в ОТН имеют, по сути, экономическую направленность, четыре источника напряжения в ТСН имеют больший охват, они всесторонни и исчерпывающи. Эта теория суицида учитывает социальные ценности, мышление, навыки совладания – помимо экономики. Во-вторых, ТСН чётко определяет понятие напряжения и отличает его от понятий стресса и давления, которые не рассматривает ОТН. Важный вклад ТСН заключается в том, что она разделила функции стресса и напряжения и операционализовала понятие напряжения. В ОТН стресс и напряжение взаимозаменяемы, но в ТСН нет. В-третьих, в ОТН экономическое напряжение с большой вероятностью вызывает отрицательные эмоции, например, гнев, который, в свою очередь, ведёт к преступности, но в ТСН два конфликтующих социальных фактора создают психологическую фрустрацию, которая может стать невыносимой, и человек принимает суицид как способ снизить или уничтожить эту фрустрацию. Это помогает объяснить, почему человек отвечает на напряжение внешним насилием (преступлением), а не внутренним (суицидом), или наоборот. В-четвёртых, в предыдущих работах R. Agnew [1, 2] утверждает, что нехватка навыков совладания – это не напряжение, а скорее способствующий фактор: люди, которым не хватает адекватных ресурсов для совладания, могут быть более склонными к реакции на напряжение через преступность. Верно, что недостаток совладающих навыков обычно обуславливает суицидальную активность. Однако при очень серьёзном кризисе нехватка навыков совладания может резко контрастировать с кризисной ситуацией. Расхождение между кризисной ситуацией и слабыми навыками справиться с ней представляют собой напряжение совладающих стратегий. Когда жертва настолько фрустрирована напряжением, вызванным кризисом и неспособностью справиться с ним, суицид становится экстремальным решением, снижающим или изгоняющим напряжение.

Когнитивный диссонанс и психологическое напряжение.

Когнитивный диссонанс вызывается двумя или более противоречивыми понятиями или идеями, или несоответствием между своим собственным поведением и ценностями [3]. Было обнаружено, что диссонанс особенно силен и удручающ, когда люди ведут себя так, что это угрожает их собственному образу «я». Он огорчает, поскольку вынуждает людей столкнуться с несоответствием между тем, кем они себя считают, и тем, как они себя повели [4]. L. Festinger и E. Aronson [5] предложили три варианта снижения этого диссонанса: (1) изменить своё поведение, чтобы привести его в соответствие с диссонирующей идеей; (2) попытаться

Finally, the sources of strain in each of the two theories are not mutually exclusive.

The STS deviates from the GST in four major aspects. First, while the three sources of strain in the GST are basically economy-oriented, the four sources in the STS can be comprehensive and exhaustive. This suicide theory takes into consideration social values, cognition, coping skills, as well as economy. Second, the STS clearly defines the concept of strain and distinguishes it from the concept of stress or pressure, which, however, is not a concern for the GST. One of the important contributions of the STS is that it has separated the function of stress and that of a strain and has operationalized the term of strain. For the GST, stress and strain may be exchangeable, but in the STS, the two concepts are not supposed to be used alternatively. Third, in the GST, economic strains are likely to result in negative emotions such as anger, which in turn lead to criminality, but in the STS, two conflicting social facts create psychological frustration, which may become so unbearable that the individual takes suicide as a way to reduce or demolish the frustration. This may help explain why an individual responds to strain with outward violence (crime) rather than inward violence (suicide) or vice versa. Fourth, past work by Agnew [1, 2] argues that lack of coping skills is not a type of strain, but rather a mitigating factor such that people who lack adequate coping resources may be more likely to respond to strain with crime. It is true that poor coping is usually a conditioning factor in a suicide event. However, at a very serious crisis scene, lack of coping skills can be in a striking contrast with the crisis situation. The discrepancy between the crisis situation and the poor skills to cope with it is therefore exemplified as the coping strain. When the victim is so frustrated by the strain caused by the crisis and inability to deal with it, suicide is an extreme solution to reduce or do away with the strain.

Cognitive Dissonance and Psychological Strains

Cognitive dissonance is caused by holding two or more inconsistent notions or ideas or by the discrepancy between our own behaviors and our values [3]. It was discovered that dissonance is most powerful and most upsetting when people behave in ways that threaten their self-image. This is upsetting precisely because it forces us to confront the discrepancy between who we think we are and how we have in fact behaved [4]. Festinger and Aronson [5] suggested three options to reduce this dissonance: (1) To change our behavior to bring it in line with the dissonant cognition,

оправдать своё поведение, изменив диссонирующие идеи; (3) попытаться оправдать своё поведение, добавив новые идеи. Напряжение, по своему психологическому воздействию, может быть ещё более мощным, чем когнитивный диссонанс, и снижение напряжения может потребовать чего-то большего, чем эти три варианта.

Опять-таки, напряжение не эквивалентно простому давлению или стрессу. Люди могут часто ощущать их в течение своей жизни, но не напряжение. Давление или стресс в повседневной жизни – это феномен с одной переменной. Когда мы говорим, что на нас давят на работе, мы имеем в виду, что у нас много обязанностей, нас поджимают сроки, или у нас неприязненные отношения с коллегами или начальством. Напряжение состоит как минимум из двух давящих на человека сил, и этим оно схоже с когнитивным диссонансом. Примеры включают как минимум две расходящиеся культурные ценности, несоответствие стремлений и реальности, личного статуса и статуса окружающих, кризис и способность к совладанию. Как и когнитивный диссонанс, напряжение – это психологическая фрустрация или даже страдание, которому человек должен найти решение, чтобы снизить его или вовсе от него избавиться. Но, по правде, оно более серьёзно, больше фрустрирует и угрожает, чем когнитивный диссонанс. Крайнее разрешение напряжения люди могут находить в самоубийстве.

Четыре главных источника психологического напряжения.

Есть четыре источника психологического напряжения, которые могут вызвать суицидальные мысли. Каждый тип напряжения имеет свой источник. Источник напряжения должен состоять из минимум двух противоречащих социальных фактов. Если два социальных факта не противоречат друг другу, напряжения возникать не должно.

*Источник напряжения 1: расходящиеся ценности.*

Когда две противоречащие друг другу социальные ценности или убеждения соперничают в повседневной жизни человека, он переживает ценностное напряжение. Два противоречивых социальных факта – это два соперничающих личных убеждения, интернализованных в систему ценностей человека. Верующий человек из какого-то малого культа может испытывать напряжение, если и главенствующая культура, и его религия воспринимаются им как ценные [6]. Другие примеры включают второе поколение иммигрантов в США, которые должны подчиняться правилам, которые на них налагает культура их родителей, и одновременно адаптироваться к американской культуре со сверстниками в школе [7]. Ценностное напряжение, или несоответствие аккультурации, также может возникнуть из-за межпоколенческого культурного конфликта в диадах родитель - ребёнок, что приводит к повышенному уровню

(2) to attempt to justify our behavior through changing one of the dissonant cognitions, or (3) to attempt to justify our behavior by adding new cognitions. Strain, in its psychological impact, could be even more powerful than the cognitive dissonance, and the reduction of strain may require something beyond the above three options for cognitive dissonance.

Again, strain is not equivalent to simple pressure or stress. People may frequently have the latter but not necessarily the former in their lifetimes. A pressure or stress in daily life is a single variable phenomenon. When we say we have pressure at work, we mean that we have a lot of work to do, we have a deadline to meet, or we have stressful relations with co-workers or bosses. A strain is made up by at least two pressures or two variables, similar to the formation of cognitive dissonance. Examples include, at least, two differential cultural values, 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. But in truth, it is more serious, frustrating, and threatening than cognitive dissonance. The extreme solution for a strain is suicide.

Four Major Sources of Psychological Strain

There are four sources of psychological strains that may cause suicidal ideation. Each of the four types of strain is derived from specific sources. A source of strain must consist of two, and at least two, conflicting social facts. If the two social facts are non-contradictory, there should be no strain.

*Strain Source 1: Differential Values*

When two conflicting social values or beliefs are competing in an individual's daily life, the person experiences value strain. The two conflicting social facts are the two competing personal beliefs internalized in the person's value system. A cult member may experience strain if the mainstream culture and the cult religion are both considered important in the cult member's daily life [6]. Other examples include the second generation of immigrants in the United States who have to abide by the ethnic culture rules enforced in the family while simultaneously adapting to the American culture with peers and school [7]. Value strains, or acculturation mismatch, may also happen out of intergenerational cultural conflict in the immigrant parent-offspring dyads that leads to higher level of depression among the Asian and Latino/a American children [8]. In China, rural young women appreciate gender egalitarianism ad-

депрессии у американских детей выходцев из Азии или стран Латинской Америки [8]. В Китае сельские девушки ценят равенство полов, за которое ратует коммунистическое правительство, но, в то же время, они оказываются в ловушке культуры гендерной дискриминации, традиционно культивирующейся конфуцианством [9]. Другой пример, который можно обнаружить в развивающихся странах – традиционный коллективизм и современный индивидуализм. Когда две противоречивые ценности воспринимаются как в равной степени важные в жизни человека, он испытывает сильнейшее напряжение. Когда одна ценность воспринимается как более важная, а другая – менее, напряжения не возникает [10].

*Источник напряжения 2: реальность против стремлений.*

Если существует расхождение между стремлениями человека или высокой целью и неидеальной реальностью, в которой ему приходится жить, он испытывает напряжение стремлений. Два конфликтующих социальных факта – это прекрасный идеал или цель и реальность, которая может мешать достижению. Р.К. Мертон [11] первым использовал понятие напряжения в этом смысле для объяснения преступности в США. Когда человек, живущий в США, ожидает сильно разбогатеть или хотя бы стать умеренно успешным, как все другие американцы, но в реальности средства для достижения целей доступны не всем в равной степени из-за социального статуса или по другим причинам, человек может стать преступником. Стремлением или целью могут выступать поступление в университет, идеальный романтический партнер, политическое убеждение, к которому тяготеет человек, и прочее. Развод может стать источником напряжения, особенно для того, с кем разводятся [12]. Если реальность далека от стремлений, человек переживает сильное напряжение. Другой пример – сельский Китай. Если молодая женщина стремится к равным возможностям и равному обращению, но живёт в традиционной или конфуцианской реальности, которую представляют её семья и деревня, что не позволяет ей даже пытаться достичь цели, женщина может задуматься о самоубийстве [13]. Чем больше расхождение между стремлениями и реальностью, тем сильнее напряжение [14].

*Источник напряжения 3: относительное лишение.*

В ситуации, когда бедный человек понимает, что другие люди, имеющие схожее происхождение и опыт, живут гораздо лучше, он испытывает напряжение депривации. Два конфликтующих социальных факта – это собственная бедная жизнь и воспринимаемое богатство окружающих. Человек, живущий в глубокой бедности, где ему не с кем себя сравнивать, не обязательно чувствует себя плохим, несчастным или лишённым чего-либо. Показатели самоубийств обычно ниже в малоразвитых странах [15]. С другой стороны, если

vocated by the communist government, but at the same time, they are trapped in sex discrimination culture traditionally cultivated by Confucianism [9]. Another example that might be found in developing countries is the differential values of traditional collectivism and modern individualism. When the two conflicting values are taken as equally important in a person's daily life, the person experiences great strain. When one value is more important than the other, there is then no strain [10].

*Strain Source 2: Reality vs. Aspiration*

If there is a discrepancy between an individual's aspiration or a high goal and a non-ideal reality the person has to live with, the person experiences aspiration strain. The two conflicting social facts are one's splendid ideal or goal and the reality that may prevent one from achieving it. It was Merton [11] who first used this strain concept to account for crimes in the United States. When an individual living in the United States expects to be very rich or at least moderately successful as other Americans do, but in reality the means to achieve the goal is not equally available to the person because of his/her social status or any other reasons, the person tends to be criminal. Aspirations or goals can be a college a person aims to get in, an ideal girl a boy wants to marry, and a political cause a person strives for, etc. Divorce can be a source of strain, especially for the party who was divorced [12]. If the reality is far from the aspiration, the person experiences strong strain. Another example might be from rural China. If a young woman aspiring to equal opportunity and equal treatment may have to live within the traditional and Confucian reality, exemplified by her family and village, which does not allow her to try to get close to that goal, the young woman may become suicidal [13]. The larger the discrepancy between aspiration and reality, the greater the strain will be [14].

*Strain Source 3: Relative Deprivation*

In the situation where a poor individual realizes some other people of the same or similar background are much better off, the person experiences deprivation strain. The two conflicting social facts are one's own miserable life and the perceived richness of comparative others. A person living in absolute poverty, where there is no comparison with others, does not necessarily feel bad, miserable, or deprived. Suicide rates are generally low in under-developed countries [15]. On the other hand, if the same poor person understands that other people like him/her live a better life, he or she may feel deprived so as to be upset about the situation. In an economical-

бедный человек понимает, что другие люди, похожие на него, живут лучше, он может ощутить себя лишённым чего-то важного, будет огорчаться из-за такой ситуации. В экономически поляризованном обществе, где богатые и бедные живут географически близко, люди больше ощущают это расхождение. Экономическое лишение, измеренное на индивидуальном уровне на американской выборке, сильно коррелирует с суицидальностью [16], хотя данное исследование не включало понятие психологического напряжения, вызванное относительным лишением. Чем глубже переживание лишения, тем сильнее это напряжение у людей [17]. Напряжение лишения фундаментально отличается от напряжения стремлений, потому что тут человек сравнивает себя с другими, а в предыдущем варианте проблема в ситуации, когда человек сравнивает себя со своим прошлым. Чем больше расхождение в том или ином случае, тем выше психологическое напряжение.

*Источник напряжения 4: недостаток совладания.*

Некоторые люди менее способны справиться с жизненным кризисом, и они испытывают напряжение совладания. Два противоборствующих социальных факта – жизненный кризис и соответствующая способность совладания с ним. Не все люди, переживавшие кризисы, испытывают это напряжение. Кризис может быть лишь давлением или стрессом повседневной жизни, но люди, которые не способны с ними справиться, испытывают напряжение. Такими кризисами является потеря денег, статуса, репутации, развод, смерть любимого человека, и так далее – все это может привести к серьёзному напряжению у человека, который не знает, как справиться с этими болезненными жизненными событиями. Например, школьника старших классов могут постоянно травить и высмеивать сверстники, и он может переживать сильное напряжение, если не знает, как справиться с этой ситуацией [18]. Схожим образом, китайская сельская молодая женщина, которую постоянно отчитывает свекровь, может испытывать напряжение, если она психологически не готова справиться с этой трудной ситуацией с поддержкой других членов семьи и всей деревни [13]. Чем менее опытен человек в совладании, тем сильнее это напряжение, когда возникает кризис [19].

Недостаток совладания в некотором смысле отличается от прочих вариантов напряжения. Человек может быть раздосадован или обозлён из-за конфликта ценностей, недостижимых целей или относительного лишения. Он может быть раздосадован или обозлён и недостатком навыков совладания и помощи окружения, но совладание само по себе играет роль модератора в отношениях между фрустрацией / гневом / душевной болью и суицидальностью. Хорошие навыки совладания и поддерживающая среда могут снизить риск суицида для человека, который размышляет о самоубийстве. Например, на Западе религия и религиозность

ly polarized society where the rich and poor live geographically close to each other, people are more likely to feel this discrepancy. Economic deprivation, measured individually in an American sample, was strongly related to suicidality [16], although the study did not include the concept of psychological strain resulted from relative deprivation. Increased perception of deprivation indicates relatively greater strain for individuals [17]. The deprivation strain is fundamentally different from the aspiration strain in that it let a person compares self and the others, while the aspiration strain is the situation in which a person is comparing self with the person's own past. The larger the discrepancies in either setting, the stronger the psychological strain.

*Strain Source 4: Deficient Coping*

Facing a life crisis, some individuals are less than other able to cope with it, and then they experience coping strain. The two conflicting social facts are life crisis and the appropriate coping capability. All people who have experienced crises do not experience strain. A crisis maybe only a pressure or stress in daily life, and those individuals who are not able to cope with the crisis have strain. Such crises as loss of money, loss of status, loss of face, divorce, death of a loved one, etc. may lead to serious strain in the person who does not know how to cope with these negative life events. A high school boy who is constantly bullied and ridiculed by peers may experience great strain if he does not know how to deal with the situation [18]. Likewise, a Chinese rural young woman who is frequently wronged by her mother-in-law may have strain if she is not psychologically ready to cope with the miserable situation with support from other family members and the village [13]. The less experienced in coping, the stronger the strain when a crisis takes place [19].

Deficient coping is in some way different from all other three strains. An individual can be frustrated or angered by value conflict, unreachable goals, or relative deprivation. The person can be frustrated and angered by lack of coping skills and coping environments, but coping can also play the role of moderation of the relationship between frustration / anger / psychache and suicidality. Good coping skills and environments may decrease the chance of suicide for an individual who has suicide in mind. For example, in the West, religion and religiosity have served as an important protection (strength and comfort) against suicidality and even suicide acceptability [20]. An analysis at the individual level of analysis of about 50,000 adults nested in 56 nations found that



служат важным защитным фактором (силой и утешением) от суицидальности и даже принятия суицида [20]. Анализ на индивидуальном уровне примерно 50 тысяч взрослых из 56 стран обнаружил, что религиозное совладание является ведущим защитным фактором против принятия суицида [21]. Кроме того, при анализе на уровне стран, религиозность предсказывала более низкую суицидальность в 77 из 80 стран [22]. Однако замечено, что религия и религиозность часто не связаны с суицидальностью или являются усугубляющим фактором в Китае, поскольку религиозные люди все ещё остаются меньшинством в этой стране и могут подвергаться преследованиям [9].

Таким образом, во многих случаях суицида, которому не предшествовали долгие раздумья [23], когда не прослеживается трёх предыдущих источников напряжения, на первый план выходит импульсивность и недостаток навыков совладания – они и предсказывают суицидальное поведение. Поэтому рационально рассматривать напряжение совладания наряду с ценностным напряжением, напряжением стремлений и лишений.

Четыре типа самоубийств по Дюркгейму и четыре источника напряжения.

Четыре типа суицида по Дюркгейму распределяются в соответствии с двумя осями социальной структуры: социальной интеграции и моральной регуляции. Эгоистический суицид связан с недостатком социальной интеграции, альтруистический – с её избытком, аномический суицид – с недостатком моральной регуляции, а фаталистический – со слишком строгой моральной регуляцией [24]. Четыре источника напряжения в теории суицидального напряжения (ТСН) можно в некоторой степени связать с этими четырьмя типами суицида.

Во-первых, *фаталистический суицид* по Дюркгейму вследствие избыточной моральной регуляции схож на суицид вследствие *напряжения ценностей*. В поддержку теории Дюркгейма исследователь S. Stack [25] обнаружил, что резкое усиление политической регуляции, проявлявшееся в таких событиях как объявление военного положения и запрет на политические партии, связано с повышением показателя самоубийств. Слишком сильная регуляция и контроль приводят к фрустрации людей в обществе. В сельском Китае молодая женщина, придерживающаяся иных ценностей, испытывает повышенный социальный и / или родительский контроль и фрустрацию, чем её братья. То же верно и для ситуации, когда верующие погибают при массовом самоубийстве. Испытывая противоречивые чувства по отношению к главенствующей культуре большинства и специфическим религиозным убеждениям, члены культа неизбежно требуют ограничения, сдерживания и контроля со стороны самой религиозной группы, в которую они входят.

religious coping was a leading protective factor against suicide acceptability [21]. Also, in a nation by nation analysis, religiosity predicted lower suicidality in all but 3 of 80 nations [22]. However, it is noted that religion and religiosity is often unrelated to or is an aggravating factor for suicide in China, as religious people are still a small number minority of the population in China and many are persecuted [9].

In sum, in many of the non-ideation suicide [23] cases, where none of the other three strain is involved, impulsivity is likely to be in the picture, and lack of coping skills predicts a suicidal behavior. That is the rationale to place the coping strain along with value strain, aspiration strain, and deprivation strain.

Durkheim's Four Types of Suicide and the Four Sources of Strain

Durkheim's four types of suicide is categorized by two dimensions of the social structure: social integration and moral regulation. 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 moral regulation [24]. The four sources of strain in the Strain Theory of Suicide (STS) can be linked to some extent to the four types of suicide.

First, Durkheim's *fatalistic suicide* due to excessive moral regulation is something like suicide preceded by *value strain*. To support Durkheim's theory, Stack [25] discovered that a sharp increase in political regulation—indicated by such events as declarations of martial law and banning of a political party—is associated with an increase in suicide. Too much regulation and control might have led to frustration in certain individuals of the society. A rural Chinese young woman troubled with opposite values must be experiencing at the same time greater social and/or parental control and then frustration than her brothers. The same is true of the situation in which devoted cult members die in mass suicide. With conflicted feelings between the main stream culture of the bigger society and the specific religious beliefs, cult members must be restrained, constrained, or controlled by the group of which they are members.

Second, Durkheim's *anomic suicide* as a result of inadequate moral regulation is something like suicide out of *aspiration strain*. Rich countries have higher rates of anomic suicide than poor countries, because the citizens of rich countries, being less socially regulated, are more encouraged to expect too much from life, and thus more liable to greater frustration when their expectations fail to

Во-вторых, *аномический суицид* по Дюркгейму как результат неадекватной моральной регуляции схож с суицидом вследствие *напряжения стремлений*. Богатые страны имеют более высокий уровень аномических суицидов, чем бедные, потому что граждан богатых стран, испытывающих меньшую социальную регуляцию, поощряют ожидать большего от жизни, и, соответственно, они оказываются склонны к большему разочарованию, когда их ожидания не воплощаются в жизнь [26].

В-третьих, *альтруистический суицид* вследствие избыточной социальной интеграции в чем-то схож с *напряжением лишений*. Теория Дюркгейма подтверждается множеством фактов, включая японских камикадзе во Второй мировой войне и недавними террористами-смертниками с Ближнего Востока. По сравнению с обычными солдатами, члены узкой террористической ячейки в большей степени готовы погибнуть, став бомбистом-смертником, поскольку они больше интегрированы в свою организацию. Связь между социальной интеграцией и относительным лишением – обмен информацией. Социальная интеграция и социальное взаимодействие повышает обмен информации, и большее знание о другом человеке может привести к сравнению с собой и чувству относительного лишения. Поскольку относительное лишение, вне зависимости от своей степени, должно быть субъективно воспринято человеком с некоторой долей критики, тот, кто чувствует себя обделённым, должен иметь рядом с собой другого человека для сравнения, кого-то высоко социально интегрированного.

В-четвёртых, *эгоистический суицид* в теории Дюркгейма как последствие неадекватной социальной интеграции, по сути, отражён в суициде, вызванном *напряжением совладания*. N. Danigelis и W. Pope [27] обнаружили, что у людей, состоящих в браке, суицидов меньше, чем у одиноких, разведённых, вдовствующих, поскольку люди в браке более социально интегрированы, чем другие. W. Gove и M. Hughes [28] заметили, что одинокая жизнь, которая становится проявлением недостатка социальной интеграции, – мощный предиктор суицида. Недостаток совладания может быть производной недостатка социальной интеграции – сниженной социальной поддержки и психологической безопасности. Эгоистический суицид и суицид вследствие напряжения совладания имеют нечто общее: оба они объясняют наибольшее количество суицидов из всех четырёх категорий в каждой теории. В целом, соотношение между ТСН и теорией Дюркгейма о социальной интеграции и регуляции таково, что, возможно, четыре источника напряжения могут служить психологическими ответами на социальные факты, отмеченные в четырех категориях самоубийств, вызванных уровнем интеграции и регуляции социальной структуры.

materialize [26].

Third, *altruistic suicide* because of excessive social integration is something like suicide with *deprivation strain*. Durkheim's theory is supported by numerous facts including those for Japanese *kamikazes* in WWII and the recent suicide bombers in Middle East. Compared with ordinary soldiers of a country, members of a close-knit terrorist group are more likely to die of altruistic suicide by becoming suicide bombers, because they are more integrated into their organization. Here, the connection between too much social integration and relative deprivation is information exchange. More social integration and social interaction increases more information exchange, and increased information on another individual may lead to comparison with oneself, and occasionally feeling of relative deprivation. As relative deprivation, regardless of the degree of its existence, must be subjectively perceived by the individual with some proxy reference, those who feel deprived must have someone nearby as reference, i.e. highly socially integrated.

Fourth, *egoistic suicide* theorized by Durkheim as a consequence of inadequate social integration is basically reflected by suicide due to *coping strain*. Danigelis and Pope [27] documented that the married have lower suicide rates than the single, divorced, or widowed, because married people are more socially integrated than others. Gove and Hughes [28] evidenced that living alone, which reveals a lack of social integration, is a powerful predictor of suicide. Coping deficiency might be a function of lack of social integration because of the lower level of social support and psychological security. Egoistic suicide and suicide due to coping strain share another commonality that each of them accounts for the largest number of suicides among the four categories in each theory. In sum, the relationship between the STS and the Durkheimian theory of social integration and regulation indicates that the four sources of strain in the strain theory might be psychological responses to the social facts exemplified in the four categories of suicide due to variations in integration and regulation of the social structure.

Synthesis of the Social Psychological Theories

Earlier sociological, social psychological, and criminological theories contributed to the developmental progress of our Strain Theory of Suicide (STS). From Durkheim's anomie theory [29], to Merton's strain theory of crime [30], and to Agnew's General Strain

Синтез социально-психологических теорий.

Ранние социологические, социально - психологические и криминологические теории внесли вклад в развитие нашей теории суицидального напряжения (ТСН). Теория аномии Э. Дюркгейма [29], теория напряжения и преступности Р.К. Мертон`а [30] и общая теория напряжения и отклоняющегося поведения Р. Агнью [31] служат основой для данной ТСН. Например, напряжение «стремление или реальность», упомянутое ранее Р.К. Мертон [30] как центральное напряжение, в узком смысле определяется в терминах неудачи достичь финансового успеха. А.К. Коэн [32] далее развивает это понятие. Р. Агнью [33] значительно расширил его и включил разнообразные расхождения между реальностью и ожиданиями (а не только финансовый успех), а также стремлениями. Р. Агнью также использовал простое обобщенное понятие: просто потерю ценного объекта (супруга, или работы, или здоровья) [2, 33]. Так же, как и в ТСН, напряжение по Р. Агнью должно восприниматься несправедливым и жестоким, чтобы спровоцировать преступление [34]. Последствие восприятия события как несправедливого и жестокого – разочарование, гнев, безнадежность, что описано в ТСН.

Концепция напряжения взята более всего из теории когнитивного диссонанса. В социальной психологии когнитивный диссонанс – это психический стресс, дискомфорт, фрустрация, переживаемые человеком, который придерживается двух или более противоречивых убеждений, идей, ценностей, или действует противоречиво [35]. Теория когнитивного диссонанса объясняет то, как люди стремятся к внутренней согласованности, когда возникает диссонанс. Когда человек переживает рассогласованность (диссонанс), ему становится психологически неуютно, и он мотивирован снизить этот диссонанс, а также активно избегает ситуаций и информации, которые склонны усилить это переживание. Психологическое напряжение, вызванное четырьмя источниками, может быть сильнее когнитивного диссонанса и более разрушительным, если человек не в состоянии снизить его или от него избавиться.

Ценностный конфликт в ТСН можно проследить до ранних экологических работ о ролевом конфликте и показателях самоубийств. Одно раннее исследование показывает, что женский труд был связан с более высоким уровнем суицидов у женщин и у мужчин [36]. Последующие исследования подтвердили то, что было обнаружено ранее о ролевом конфликте в США, на выборах других стран [37, 38]. Эти экологические исследования, связывающие ролевой конфликт и показатели самоубийств на национальном уровне, обнаруживают ценностное психологическое напряжение как фактор суицидального риска.

Theory of deviance [31], those prior theories serve as foundations for the current STS. For example, the aspiration vs. reality strain was earlier mentioned by Merton [30] as a centerpiece of strain -- narrowly defined in terms of failure to achieve financial success. Cohen [30] then further developed this notion. Agnew (2006a) greatly broadened it to include a variety of gaps (not just for financial success) between reality and expectations, as well as aspirations. Agnew also used a generalized simple concept- simply loss of a valued object like a spouse or job or health [2, 33]. Similarly in the STS, Agnew's strain has to be perceived as unjust and harsh for it to trigger criminality [34]. The consequence of unjust and harsh perception is frustration, anger, hopelessness, as conceptualized in the STS.

The concept of strain here is more from the cognitive dissonance theory than anything else. In social psychology, cognitive dissonance is the mental stress, discomfort, or frustration experienced by an individual who hold two or more contradictory and conflicting beliefs, ideas, values, or acts at the same time [35]. The theory of cognitive dissonance focuses on how humans strive for internal consistency when dissonance occurs. An individual who experiences inconsistency (dissonance) tends to become psychologically uncomfortable, and is motivated to try to reduce this dissonance – as well as actively avoid situations and information likely to increase it. Psychological strains resulted in some of the four sources in the STS should be stronger than a cognitive dissonance and more detrimental if the individual is not able to reduce or get rid of it.

The value conflict in the STS can also be traced to earlier ecological work on role conflict and suicide rates. One earlier study shows that female labor force participation was associated with greater female suicide rates and male suicide rates [36]. Some follow up studies replicated what was found earlier on role conflict in the United States for a sample of other nations [37, 38]. Those ecological studies associating role conflict and suicide rates at the national level reveal psychological value strains as risk factors of suicide.

The STS is different and one step above the previous strain theories, which are all intended to explain how a crime is developed. In those previous strain theories, little is addressed for suicide or suicidal thought as a deviant behavior. Although elements of aspiration strain and value strain can be found in previous studies on suicide, they were not

ТСН отличается от других теорий напряжения, поскольку все они намеревались объяснить развитие преступности. В предыдущих теориях напряжения мало сказано о суициде и суицидальных мыслях как об отклоняющемся поведении. Хотя элементы напряжения стремлений и ценностного напряжения могут быть найдены в предыдущих исследованиях самоубийств, они не концептуализировались, не обобщались, не интегрировались в одну ёмкую теорию, как ТСН, которая утверждает, что каждому суициду может предшествовать психологическое напряжение, вызванное, либо ценностным конфликтом, либо недостижимым стремлением, либо относительным лишением, либо нехваткой совладания.

Психологическое напряжение как источник душевной боли (безнадежности, беспомощности, невыносимой, необоримой боли) приводит к суицидальной ментальности, которая прогрессирует к суицидальному поведению, но этому прогрессу мешают или помогают разные социальные и психологические факторы, такие как разобщенность, способность к суициду и личностные особенности [39]. Другие модераторы в этой модели включают такое личностное качество как импульсивность [40], и установки, и убеждения, такие как религия [21]. Это представление показано на рис. 1.

В целом, ТСН основывается на ранних понятиях аномии и напряжения, и на психологическом механизме когнитивного диссонанса.

conceptualized, generalized, or integrated into one single parsimonious theory as in the STS, which postulates that each suicide can be preceded by a psychological strain resulted from any or all of the following: value conflict, unreachable aspiration, relative deprivation, and coping deficiency.

Psychological strain as the source of psychache (hopeless, helpless, unbearable, intolerable, or inescapable pain) leads to suicidal mentality, which progresses towards suicidal behavior through the path moderated and intervened by social and psychological factors, such as disconnectedness, capability, and personality [39]. Other moderators in this model include personality such as impulsivity [40] and attitudes and beliefs such as religion [21]. This notion is illustrated in Figure 1.

In sum, the Strain Theory of Suicide is built on the previous notions of anomie and strain and on the psychological mechanism of cognitive dissonance. Different from the Merton's [11] strain theory of deviance, Agnew's [31] General Strain Theory, and Festinger's [35] Cognitive Dissonance Theory, the STS explains how a suicidal mentality is developed, has developed detailed and personal level instruments for the measurement, and is of more public health implications.

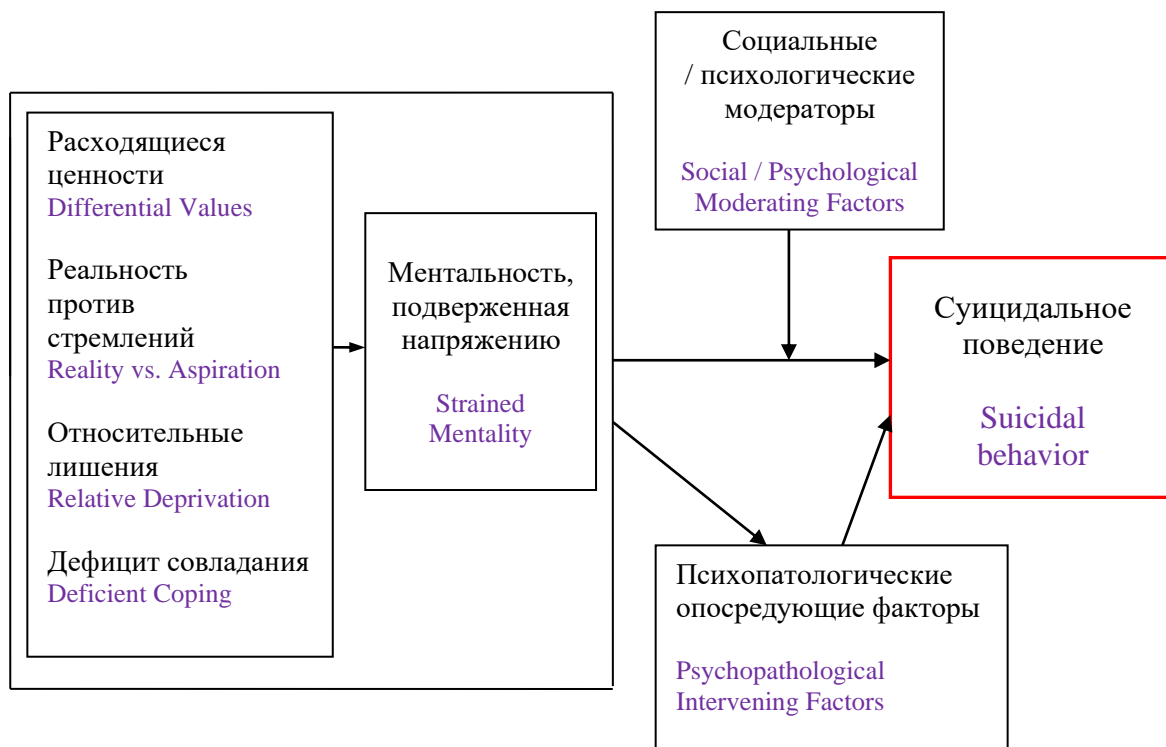


Рис. 1. / Fig. 1. От напряжения к суицидальной ментальности и суицидальному поведению: Путь модулируется и опосредуется социальными и психологическими факторами / From strain to suicidal mentality and to suicidal behavior: The Path is moderated and intervened by social and psychological factors.

В отличие от теории напряжения и отклоняющегося поведения R.K. Merton [11], общей теории напряжения R. Agnew [31] и теории когнитивного диссонанса L. Festinger [35], ТСН объясняет, как возникает суицидальная ментальность, а также разработала подробные инструменты для измерения напряжения на индивидуальном уровне, и имеет важные последствия для здравоохранения.

Измерение психологического напряжения.

Трудность с предыдущими теориями отклоняющегося поведения заключается в специфике измерений, за что их больше всего критикуют. Ни Э. Дюркгейм, ни R.K. Merton не предложили инструментов для измерения таких понятий как цель, успех, стремление, доступные средства или фрустрация (напряжение), которые выводятся из социальных фактов.

*Измерение напряжения по R. Agnew.*

R. Agnew разработал два способа определения и измерения напряжения в жизни человека. Первый метод – субъективный подход, когда исследователь напрямую спрашивает человека «нравится ли ему как с ним обращаются» [41]. Второй подход – объективный, при котором исследователь спрашивает людей о предустановленных причинах напряжения. Причины напряжения – это проблемы, которые исследователь определяет как, например, обращение, которое не нравится человеку как члену группы. Объективный подход чаще всего используется в исследованиях, и обычно он включает отношения с другом, семьей и в сообществе. Один из факторов, который следует учесть: люди по-разному реагируют на определенные типы напряжения, а потому рассматривают разные типы объективного напряжения по-своему [1].

R. Agnew также отмечал, что для эффективного измерения напряжения нужно произвести несколько шагов. Во-первых, исследователь должен сформировать обобщенный список отрицательных обстоятельств, которые могут привести к напряжению. Тут следует заметить, что напряжение переживается людьми по-разному. Также следует объективно определить особые ситуации и переменные, которые могут определить реакцию человека на напряжение. Чтобы эффективно измерить напряжение, нужно учесть кумулятивное воздействие негативных реакций. Не совсем ясно, является ли эта связь аддитивной или интерактивной. Другой фактор, который следует учесть: присутствие позитивных отношений и их ослабляющее влияние на напряжение, которое испытывает человек. Наконец, нужно принимать во внимание при измерении напряжения масштаб, новизну, длительность и кластеризацию негативных событий [31].

Теоретически, аномию Дюркгейма можно операционализировать как отсутствие норм и регуляции,

## Measurements of Psychological Strains

One difficulty of previous strain theories of deviance lies in their measurements, which is also a major criticism of these theories. Neither Durkheim nor Merton has particularly offered instruments to measure such concepts as goal, success, aspiration, available means, or the frustration (strain) derived from those social facts.

*Agnew Measures on the Strain*

Agnew worked out two different ways of identifying and measuring strain in an individual's life. The first method is the subjective approach, wherein the researcher directly asks the "individual whether they dislike the way that they are being treated" [41]. The second approach is the objective view, in which case the researcher asks individuals about predetermined causes of strain. The causes of strain are issues that the researcher identifies as, for example, treatment that a member of the group being studied would dislike. The objective approach is the one most often used in research, and it usually involves relationships with friend, family, and the community. One factor that must be considered is that individuals have different reactions to certain types of strain, and therefore, view different types of objective strain in varying subjective ways [1].

Agnew also noted several processes that must be employed in order to get an effective measure of strain. First, the researcher must develop a comprehensive list of negative circumstances that can result in strain. In this process it must be noted that strain is experienced differently by each individual. Also, the specific situations must be objectively identified along with variables that can determine the individual's reaction to strain. To obtain an effective measure of strain, the cumulative impact of negative relations must be taken into account. It is not entirely clear whether this relationship is additive or interactive. Another factor that must be considered is the presence of positive relations and the lessening effect that they may have on the strain that the individual may experience. The last things that should be considered when measuring strain are the magnitude, recency, duration, and clustering of negative events [31].

Theoretically, Durkheim's anomie can be operationalized into normlessness or irregularity, Merton's strain into discrepancy between success goal and limitation of means, and Agnew's general strain into dissatisfied

напряжение R.K. Merton – как расхождение между успешным достижением цели и ограничением средств, а общее напряжение R. Agnew – в неудовлетворительное обращение с человеком. R. Agnew пытался сформулировать и валидизировать шкалы для измерения напряжения в своей общей теории напряжения (ОТН), проводил эмпирические исследования для проверки теории [1]. W.N. Бао с коллегами [42] измеряли напряжение на основе самоотчёта, учитывая негативные отношения с родителями, учителями и сверстниками в исследовании связи между напряжением и подростковой преступностью в Китае. Трудность измерения напряжения заключается в особенностях выборок и проверяемой гипотезе. Иными словами, шкалы, измеряющие напряжение, должны соответствовать проблемам, которые испытывают люди в выборке, и исследовательским гипотезам. Более того, разные гипотезы могут сосредотачиваться на разных источниках напряжения, и шкалы, измеряющие напряжение, должны это учитывать. Например, в ОТН R. Agnew, источник напряжения обычно – неудовлетворительное обращение, которое подросток получает в школе, со сверстниками, в семье, а потому шкалы строятся на этих социальных фактах.

Разработка Шкал психологического напряжения (ШПН) для исследований самоубийства.

Мы предлагаем четыре типа напряжения, предшествующего суициду. Каждый из четырёх типов напряжения проистекает из особых источников. Источник напряжения должен состоять из двух, или как минимум двух, противоречивых социальных фактов. Если два социальных факта не противоречат друг другу, напряжения возникать не должно.

Теория суицидального напряжения утверждает существование четырёх типов напряжения и четырёх главных источников. Разные средства должны быть созданы для измерения разных типов напряжения с их источниками, с учётом изучаемого населения и проверяемых гипотез.

Шкалы психологического напряжения были разработаны для всех четырёх типов напряжения. Читатели могут обратиться к опубликованным работам исследовательского коллектива, если им интересны подробности разработки ШПН, а также получившиеся опросники в английской и китайской версиях [43, 44].

Свыше 40 исследователей в области психологии, психиатрии, социальной работы, социологии и здравоохранения были задействованы для формулировки пунктов, иллюстрирующих психологическое напряжение в повседневной жизни человека. Фокус-группа из 6 специалистов, которые понимают структуру ТСН, провели контент-анализ около 400 пунктов, полученных

treatment. Agnew has tried to develop and validate scales to measure the strain in his General Strain Theory (GST) and has made empirical studies of the theory possible [1]. Bao et al. [42] measured strain based on self-reported negative relationships with parents, teachers, and peers in an investigation of the association between strain and juvenile delinquency in China. The difficulty of developing a strain measure actually lies in its specificity of population and hypothesis to be tested. In other words, strain measures have to be population and hypothesis specific. Further, different hypotheses may have different source of strain, and the strain measures have to be based on the specific sources of strain. For example, in Agnew's GST, the source of strain is usually dissatisfied treatment a juvenile receives from school, peers, and family, and therefore the measures are built around these social facts.

#### Development of the Psychological Strain Scales (PSS) for Suicide Studies

We propose four types of strain that precede a suicide. Each of the four types of strain is derived from specific sources. A source of strain must consist of two, and at least two, conflicting social facts. If the two social facts are non-contradictory, there should be no strain.

The Strain Theory of Suicide ascertains four types of strain with four major sources. Different measures must be developed for different types of strain with their specific sources, with a consideration of the population to be studied and the hypotheses to be tested.

The Psychological Strain Scales (PSS) have been developed for each of the four types of strains. Interested readers can refer to the published works by the current research team for the details in the development of the PSS instruments as well as the questionnaires in both English and Chinese [43, 44].

Briefly, over 40 researchers in the areas of psychology, psychiatry, social work, sociology, and public health, etc. were recruited for contributing items soliciting psychological strains in an individual's daily life. A focused group of six specialists who understood the structure of the STS did a content analyses of about 400 items received from the 40+ researchers, and categorized them into the four types of strains: value, aspiration, deprivation, and coping. The consensus meeting of the focused group finally selected 40 items for each of the strains, after deleting the repeated items, as well as those inappropriate for the

40+ исследователями, и категоризировали их в соответствии с 4 типами напряжения: ценностного, стремлений, лишений, совладания. На последней встрече фокус-группа выбрала по 40 пунктов для каждого типа напряжения, удалив повторяющиеся пункты, а также не подходящие к шкалам. Факторный анализ, анализ пунктов и корреляционный анализ были проведены для того, чтобы оставить по 20 пунктов на шкалу. Поскольку опросник на 80 пунктов может быть слишком утомительным для некоторых выборок, мы сократили опросник до 60 пунктов, по 15 пунктов на шкалу, и до 40 пунктов по 10 пунктов на шкалу. Затем был осуществлен перевод и обратный перевод 60-пунктового опросника, чтобы английская и китайская версии были сопоставимы и доступны к использованию. 60-пунктовый опросник был затем сокращён до 40 пунктов путём тщательной проверки надёжности и валидности и факторного анализа [43, 44]. Инструмент ШПН-40 доступен в Приложении к данной статье.

Самой сложной и разнообразной оказалась *шкала ценностного напряжения*. Шкала, отражающая психологическое напряжение или фрустрацию вследствие расхождения ценностей, должна быть разработана на основе противоречий между этими ценностями. Чтобы убедиться, что сформированная шкала отражает соперничающие ценности в разных культурах, достаточно общие пункты следовало включить с учётом разных сообществ. В опроснике мы просим респондентов ответить, что они думают о себе и мире вокруг себя, выбирая ответ на утверждения (1) никогда, совсем мне не свойственно; (2) редко, не свойственно мне; (3) возможно, не уверен(а); (4) часто, похоже на меня; (5) да, абсолютно согласен(на), это в точности про меня. Пример утверждения из шкалы ценностного напряжения: «Я не уверен(а), что хорошо и что плохо относительно некоторых вещей в моей повседневной жизни».

Измерение оставшихся трёх типов напряжения, пожалуй, менее сложно, чем подбор пунктов для шкалы ценностного напряжения. Для измерения *напряжения стремлений* в системе ценностей сельского Китая, к примеру, можно спросить, как родители, супруги или старшие члены семьи поддерживают дома традиционные конфуцианские сексистские нормы или насколько сильны их коммунистические эгалитарные ожидания. Молодая женщина может обладать высокими стремлениями к эгалитарной гендерной роли и возможностями, но, если её подавляют дома, она вполне может испытывать напряжение стремлений. Пример утверждения для этой шкалы: «Я бы хотел(а), чтобы у меня был шанс получить лучшее образование, но не могу реализовать это по определённым причинам».

Шкалы *напряжения лишений* и совладания ещё более прямолинейны. Социально-экономический ста-

scales. An initial test of the 160 items was administered to a large group of college students. Factor analysis, item analysis, and correlation tests were performed to streamline the scales to 20 items for each scale. As a test of the strain with 80 items can be tedious to some samples, we further streamlined the questionnaire to 60 items with 15 for each scale and 40 items with 10 for each scale. Translation and back translation of the 60-item questionnaire were conducted, and the English and Chinese version of the instruments are comparable and available to use. The 60-item questionnaire was further streamlined to the final 40-item PSS measurement through rigorous reliability and validity tests with factor multiple analyses [43, 44]. The instrument (PSS-40) can be found in Appendix.

The most complicated and most diverse measures to be developed are those for the *value strain*. A scale reflecting psychological strain or frustration derived from differential values must be developed based on the contradiction between the values. To make sure that the developed scale is a reflection of the competing values in different cultures, comprehensive items have to be included for various populations. In the questionnaire, we ask the respondents how they feel about themselves or view the world around them on each of the statements by choosing (1) never, it's not me at all, (2) rarely, it's not me, (3) maybe, I'm not sure, (4) often, it's like me, or (5) Yes, strongly agree and it's exactly me. An example of value strain statement is "I am unsure what is right or wrong regarding some things in my daily life."

Measuring the other three types of strain may be less complicated or difficult than the value strain. To measure the *aspiration strain* in rural Chinese value systems for example, the environmental reality can be assessed by asking how strongly the subject's parents, spouses, or other elder members in the family enforce the traditional Confucian sexist norms at home and how strongly they are for communist egalitarian expectations. A young woman may have high aspirations for egalitarian gender role and opportunities, but if she has a repressive home environment, she may very likely experience the aspiration strain. An example statement for the aspiration strain is "I wish I had a chance to get more education, but I cannot realize it according to some reasons."

The measures of *deprivation strain* and

тус – это индекс, который измеряет семейный ежегодный доход, владение собственностью, уровень образования каждого взрослого члена семьи. По сути, шкала может использоваться для оценки относительных лишений с допущением, что человеку известно о том, что другие живут богаче. Одно из утверждений в этой шкале: «По сравнению с другими семьями в моём сообществе, моя семья бедная».

*Напряжение совладания* может быть оценено просто посредством любой доступной шкалы на совладание, но мы выбрали пункты, которые наименее культурно-специфичны. Чем слабее навыки совладания у человека, тем сильнее напряжение, которое испытывает человек вследствие стресса, негативных жизненных событий, кризиса. Пример пункта из этой шкалы: «Я всегда поступаю так, как мне нравится, не думая о последствиях».

Похоже, что наблюдается некоторое пересечение между напряжением стремлений и лишений. По сути, факторный анализ на разном уровне проверок в разных выборках показал, что многие пункты обеих шкал коррелируют между собой [17]. Однако все-таки важно различать эти два типа напряжения. Напряжение стремлений – это ситуация, в которой человек сравнивает себя с самим собой, а напряжение лишений – это ситуация, когда человек сравнивает себя с другими [14].

Связь между психологическим напряжением и суицидом, суицидальным поведением и даже психическими расстройствами также была показана в нескольких исследованиях в США и Китае [9, 19, 45, 46, 47, 48].

Разработка ШПН – важный вклад в методологию суицидологических исследований. Это шкала, которая предъявляется на индивидуальном уровне, она гораздо более подробна и лучше измеряет напряжение, чем большинство криминологических и суицидологических шкал. Многие из них работают только с сырыми экологическими данными: например, корреляция коэффициента Джини неравенства доходов с показателями убийств, или число работающих женщин с показателями суицидов в некоторых профессиях на больших выборках, состоящих из целых стран.

Выводы и заключение.

Мы пытались создать социально-психологическую теорию, которая вбирает в себя прошлые модели, начиная с теории Э. Дюркгейма 1897 года о самоубийстве [24]. Исследованиями и превенцией суицидов занимаются преимущественно психиатры, в основном вследствие того, что высокий процент суицидентов в мире имеет минимум один психиатрический диагноз. Однако мы согласны с Дюркгеймом, что психическое расстройство или безумие не может быть причиной

coping strain are even more straightforward. Social Economic Status (SES) is an index that is measured by the family annual income, ownership of property, and education level of each of the adult members in the family. Basically, SES measures can be used for relative deprivation assessments with the assumption that the subject is aware of the wealth elsewhere in their life. One of the statements for this measure is “Compared to other families in my community, my family is poor.”

*Coping strain* can be simply assessed by a coping scale that is available, but we selected those items that are less culture specific. The poorer the coping skills an individual has, the stronger the strain the person may experience because of a stress, negative life event, or crisis. One example for the measure is “I always do things as I like, without thinking of the consequence.”

There seems like an overlapping between aspiration and deprivation strains. As a matter of fact, the factor analyses on different level of the tests with different samples all showed that many of the items from both subscales went together [17]. However, it is still imperative to distinguish the two types of strains. Aspiration strain is a situation in which an individual compares inside him/herself, while the deprivation strain is the situation where an individual compare him/herself with others [14].

The link from psychological strains to suicide, suicidal behavior, and even mental disorders has also been supported by a number of studies in both USA and China [9, 19, 45, 46, 47, 48].

Development of the PSS is an important contribution in the suicide research methodology. It is a measurement at the individual level, which is far more detailed and better measure of the strains than those by the vast majority of criminologists and suicidologists. Many of them work only with crude ecological data – like correlating the GINI index of income inequality with homicide rates or female labor force participation with suicide rates as in some of the works on a large sample of whole nations.

Summary and Conclusion

We have been trying to establish a social psychological theory that dis-entangles the various models in the past since Durkheim’s 1897 framework on suicide [24]. Suicide research and prevention have been predominantly dominated by psychiatrists, mainly because a very high percentage of the suicides in the world can be diagnosed with at least one type



суицида. Напротив, множество психических расстройств и суицидальность коморбидны и вызываются вместе чем-то ещё. Следовательно, высокая корреляция между суицидом и психическим расстройством – это функция третьей переменной, которая, на наш взгляд, и есть психологическое напряжение, о чем и утверждается в этой статье. Почти во всех вариантах множественного регрессионного анализа, посвящённых факторам риска суицида, попыток суицида или суицидальных мыслей, психическое расстройство оказывается самым сильным предиктором зависимой переменной [49]. Следовательно, превенция суицида у психиатрических пациентов – оптимальная стратегия для снижения суицидальности в обществе, но это лишь вторичный уровень превенции у означенных групп населения. Первичный уровень превенции рассчитан на всех людей в обществе, когда снижение психологического напряжения может снизить преобладание психических расстройств и суицидальной ментальности в их зародыше. Это главная идея ТСН.

ТСН опирается на работы нескольких учёных. Теория аномии о социальном отсутствии норм Э. Дюркгейма [24], теория напряжения и социальной девиации R.K. Merton [11], общая теория напряжения и преступлений R. Agnew [31], теория когнитивного диссонанса L. Festinger способствовали развитию ТСН. Однако ни одна из предыдущих теорий напряжения не ставила перед собой задачи объяснить суицид и суицидальное поведение.

Напряжение может предшествовать суициду. Напряжение – это столь невыносимая фрустрация, что требуется найти какое-то решение, чтобы снизить психологическое давление, и порой это решение оказывается жестоким. Напряжение может приводить к преступному поведению по отношению к другим людям [11, 31], а когда агрессия направлена вовнутрь, происходит суицид [50].

Психиатрический диагноз, особенно расстройства настроения и злоупотребление ПАВ могут быть следствием тяжёлого напряжения и недостатка социальной интеграции. В этом смысле, психиатрическая модель этиологии суицида слишком исключительна. Как и в эпидемиологических исследованиях почти всех расстройств, нам нужно идти «вверх по течению», чтобы найти источник болезни. Напряжение – это последствие определённых негативных жизненных событий или восприятия социальных отношений, вкупе с недостатком социальной интеграции, которые, скорее всего, предшествовали психической болезни, присутствующей в большинстве суицидальных случаев. Таким образом, превенция суицидов, возможно, должна начинаться раньше, «выше по течению», путем контроля и сдерживания напряжения в обществе.

of other mental disorders. However, we are in line with Durkheimianism that mental disorder or insanity may not be a reason for suicide. Instead, many mental disorders and suicidality are comorbid, both of which were caused by something else. Therefore, the high correlation between suicide and mental disorder is function of a third variable, which we believe is psychological strain as this paper intends to argue for. In almost all multiple regression analyses on the risk factors of suicide, attempt suicide, or suicidal ideation, mental disorder stands out as the strongest predictor of the dependent variable [49]. Therefore, working with the psychiatric patients towards suicide prevention is an optimal strategy to reduce suicidality in a community, although it is only a secondary level of prevention for the indicative populations. The primary level prevention is for the general populations in society, where the reduction of psychological strains may decrease the prevalence of mental disorder and suicidal mentality at the upstream level. This is the major point of the STS.

Advancement of the STS is built on previous works by a number of theorists. Durkheim's [24] anomie theory for social normlessness, Merton's [11] strain theory of social deviance, Agnew's [31] general strain theory for crimes, and Festinger's (1957) cognitive dissonance theory all enlightened the development of the STS. However, none of the previous strain theories was intended to explain suicide and suicidal behaviors.

A strain may be found preceding a suicide. Strain is frustration so unbearable that some solution must be taken to reduce the psychological pressure, through a violent channel for some people experiencing a strain. Strain can lead to criminal behaviors towards others [11, 31], and when the aggression is inwards, suicide takes place [50].

Psychiatric illness especially mood disorders and substance abuse could be a function of severe strain and lack of social integration. In this sense, the psychiatric model of suicide etiology may be too exclusive. As in epidemiological investigations for most other diseases, we need to go to the “upper stream” to find the source of the illness. Strain as a consequence of certain negative life events or perceived social relations, coupled with lack of social integration might have existed prior to each mental disorder that has existed for the majority of suicides. Thus, suicide preventions may have to begin at the “upper stream,” by monitoring and curbing the strains in society.

Когда человек испытывает сильное напряжение, социальная интеграция и моральная регуляция [24], а также разобщенность и способность к суициду [39], могут модерировать (снижать или повышать) вероятность самоубийства. В то время как интеграция и регуляция заложены в социальный контекст для всех людей, напряжение может переживаться и восприниматься только отдельными индивидами. Следовательно, те, кто испытывает сильное напряжение и нехватку социальной интеграции, высокую способность к суициду, находятся в повышенном риске самоубийства по сравнению с другими, которые не имеют этого опыта.

ТСН пытается определить базовые причины самоубийства, рассказать, что происходит до того, как в человеке возникает суицидальная ментальность. Недостаток социальной интеграции (например, социальная разобщенность) и способность к суициду (просуицидальная среда) облегчают переход от суицидальной ментальности к суицидальному поведению. Душевная боль, безнадежность, а также суицидальная ментальность – следствия психологического напряжения.

ТСН, посредством простого понятия психологического напряжения, проистекающего из четырех источников, – ёмкая теория самоубийства, поскольку она объясняет разнообразное суицидальное поведение с наименьшим возможным числом предикторов. Однако, как полная теоретическая модель предлагает на Рис. 1, в путь от психологического напряжения к суициду неизбежно вмешиваются другие социальные, личностные и психологические факторы, то есть напряжение не всегда становится непосредственной причиной суицидального напряжения.

Другой вклад ТСН – это подробный, личностный опросник. Шкала психологического напряжения – это проверенный инструмент, готовый к внедрению и эмпирическим исследованиям на проверенных выборках, хотя его все ещё требуется улучшать после другой череды проверок в различных выборках. Также было отмечено, что предыдущая проверка теорий напряжения и отклоняющегося и криминального поведения преимущественно производилась на уровне сообществ и стран, что критиковалось как экологическая ошибка. Внедрение ШПН на индивидуальном уровне в общей популяции поможет избежать этой ошибки и внести вклад в исследования отклоняющегося и криминального поведения.

Суицидологи довольствуются тем, что предлагают и проверяют длинный список психопатологических и социальных факторов, которые увеличивают риск суицида, объединяя факторы в простую аддитивно - регрессионную модель в эксплораторных исследованиях. Однако эмпирические исследования без теоретической основы имеют мало пользы, и наше понимание суицида не продвинется, пока не появятся теории для проверки

For an individual experiencing great strain, social integration and moral regulation [24] and disconnectedness and capability [39] may moderate (increase or decrease) the chance of suicide. While the integration and regulation is pre-existent in the social context of all the individuals, strain may be only experienced and perceived by certain individuals. Therefore, those who experience great strain and lack of social integration and high capability are at higher risk of suicide than others who do not have both experiences at the same time.

The STS tries to identify the root causes of suicide by telling people what happens before suicidal mentality is built in a person. Lack of social integration (such as social disconnectedness) and capability (such as pro-suicide environment) facilitate the progression from suicidal mentality to suicidal behaviors. Psychache, hopeless pain, as well as suicidal mentality are all function of psychological strains.

The STS with the simple concept of psychological strains of four sources is a parsimonious theory of suicide, because the Theory explains much of the variance in suicidal behavior with smallest possible number of predictors. However, as the complete model of the Theory suggests in Figure 1, the path from psychological strains to suicide has to be moderated and intervened by other social, personal, and psychopathological factors, meaning that the strained mentality cannot not be always the direct cause of a suicidal behavior.

Another contribution of the STS is its detailed and personal level measurements. Psychological Strain Scales (PSS) is an established instrument for the Theory and is ready to implement an empirical study in a given sample, although the instruments still need to be refined after another number of tests in various populations. It is also noted that previous testing of the strain theories of deviance and crimes was predominantly with community or national levels of data, which may be criticized for the ecological fallacy. The implementation the PSS at the individual level in general population can be free of the ecological fallacy and may also contribute to the deviance and crime studies.

Suicide researchers have remained content to propose and test a long list of psychopathological and social factors that increase the risk of suicide, combining the factors in a simple additive-regression model in exploratory studies. However, empirical research without a theoretical basis is not of much utility, and our understanding of suicide will not ad-

[51].

Теория суицидального напряжения и совершает такую попытку. Элегантность новой теории заключается в её ёмкости и обобщённости, которых она пытается достичь. Теория ёмко задействует несколько понятий и связей, необходимых для объяснения интересующих событий, а также действует на том уровне обобщений, чтобы увести нас за пределы уже виденного и знакомого, чтобы предсказать, что произойдёт в обстоятельствах, с которыми мы прежде не сталкивались [52]. В отсутствие теории наша наука состояла бы лишь из списков несвязанных фактов и мыслей [53]. Теория суицидального напряжения пытается задействовать как можно меньше возможных предикторов суицида, сфокусировавшись на понятии напряжения, происходящего из четырех источников. Эта теория также пытается объяснить разные типы психических расстройств и безумия, и осмыслить длинный список изолированных открытий и наблюдений, пользуясь понятием напряжения.

## THE STRAIN THEORY OF SUICIDE. Part II

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 II.

**Keywords:** suicide, psychological strain, value conflict, unreachable aspiration, relative deprivation, coping deficiency

### Литература / References:

1. Agnew R. Building on the foundation of general strain theory: Specifying the types of strain most likely to lead to crime and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 2001; 38: 319-361.
2. Agnew R. *Pressured into Crime: An overview of general strain theory*. Los Angeles: Roxbury Publishing, 2006 (b).
3. Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, California: Stanford University Press, 1957.
4. Aronson E. Cognitive dissonance theory: Revival with revisions and controversies. In *Dissonance, hypocrisy, and the self-concept*. In E. Harmon-Jones & J.S. Mills (Eds.) (pp. 21-36). Washington, DC: American Psychological Association, 1998.
5. Festinger L., Aronson E. The arousal and reduction of dissonance in social contexts. In D. C. A. Zander (Ed.), *Group Dynamics* (pp. 214-231). Evanston: IL: Row & Peterson, 1960.
6. Sorrel W.E. Cults and cult suicide. *International Journal of Group Tensions*. 1978; 8 (3-4): 96-105.
7. Zhang J., Fang L., Wu Y.-W. B., Wiczorek W. F. Depression, Anxiety, and Suicidal Ideation Among Chinese Americans: A Study of Immigration-Related Factors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013; 201 (1): 17-22. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31827ab2e2
8. Lui P.P. Intergenerational cultural conflict, mental health, and educational outcomes among Asian and Latino/a Americans: Qualitative and meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 2015; 141 (2): 404-446. DOI: 10.1037/a0038449
9. 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: 10.1016/j.socscimed.2011.03.048
10. Zhang J., Zhao S. Effects of value strains on psychopathology of Chinese rural youths. *Asian Journal of Psychiatry*. 2013; 6 (6): 510-514. DOI: 10.1016/j.ajp.2013.06.007
11. Merton R.K. *Social Theory and Social Structure*. New York: Free Press, 1957.
12. Agerbo E., Stack S., Petersen L. Social integration and suicide: Denmark, 1906-2006. *The Social Science Journal*. 2011; 48 (4): 630-640. DOI: 10.1016/j.soscij.2011.06.004
13. Zhang J. Marriage and Suicide among Chinese Rural Young Women. *Social Forces*. 2010; 89 (1): 311-326. DOI: 10.1353/sof.2010.0065
14. Zhang J., Kong Y., Gao Q., Li Z. When aspiration fails: A study of its effect on mental disorder and suicide risk. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 151 (1), 243-247. DOI: 10.1016/j.jad.2013.05.092
15. WHO (2017). Mental Health: Suicide Data. Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)

16. Stack S., Wasserman I. Economic Strain and Suicide Risk: A Qualitative Analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007; 37 (1): 103-112.
17. Zhang J., Tao M. Relative deprivation and psychopathology of Chinese college students. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 150 (3): 903-907. DOI: 10.1016/j.jad.2013.05.013
18. Kim Y.S., Leventhal B.L., Koh Y.-J., Boyce W.T. Bullying Increased Suicide Risk: Prospective Study of Korean Adolescents. *Archives of Suicide Research*. 2009; 13 (1): 15-30. DOI: 10.1080/13811110802572098
19. Li Z., Zhang J. Coping Skills, Mental Disorders, and Suicide Among Rural Youths in China. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2012; 200 (10): 885-890.
20. Neeleman J., Wessely S., Lewis G. Suicide acceptability in African and White Americans: The role of religion. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1998; 186 (1): 12-16. DOI: 10.1097/00005053-199801000-00003
21. Stack S., Kposowa A.J. Religion and suicide acceptability: A cross-national analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2011; 50 (2): 289-306. DOI: 10.1111/j.1468-5906.2011.01568.x
22. Stack S. Religion & Suicide acceptability: A review and extension. *Suicidology*. 2013; 18: 3-9.
23. Copelan R.I., Messer M.A., Ashley D.J. Adolescent violence screening in the ED. *American Journal of Emergency Medicine*. 2006; 24 (5): 582-594. DOI: 10.1016/j.ajem.2006.04.004
24. Durkheim É. *Suicide: A Study in Sociology*. New York: The Free Press, 1951 (Original work published in 1897).
25. Stack S. Durkheim's theory of fatalistic suicide: A cross-national analysis. *Journal of Social Psychology*. 1979; 107: 161-168.
26. Thio A. *Deviant Behavior (7th Edition)*. Boston, MA: Pearson Education, Inc, 2004.
27. Danigelis N., Pope W. Durkheim's theory of suicide as applied to the family: An empirical test. *Social Forces*. 1979; 57: 1081-1106.
28. Gove W.R., Hughes M. Reexamining the ecological fallacy: A study in which aggregate data are critical in investigating the pathological effects of living alone. *Social Forces*. 1980; 58, 1157-1177.
29. Durkheim É. *The Division of Labor in Society* (G. Simpson, Trans.). New York: The Free Press, 1960 (Original work published in 1893).
30. Merton R.K. Social Structure and Anomie. *American Sociological Review*. 1938; 3: 672-682.
31. Agnew R. Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*. 1992; 30 (1): 47-87.
32. Cohen A.K. The Sociology of the Deviant Act: Anomie Theory and Beyond. *American Sociological Review*. 1965; 30 (1): 5-14.
33. Agnew R. General Strain Theory: Current Status and Directions for Further Research. In F.T. Cullen, J.P. Wright, K. Blevins (Eds.), *Taking Stock: The Status of Criminological Theory* (pp. 101-123). New Brunswick, NJ: Transaction, 2006a.
34. Agnew R., Messner S.F. General Assessments and Thresholds for Chronic Offending: An Enriched Paradigm for Explaining Crime. *Criminology*. 2015; 53 (4): 571-596. DOI: 10.1111/1745-9125.12079
35. Festinger L. Cognitive dissonance. *Scientific American*. 1962; 207 (4): 93-107. DOI: 10.1038/scientificamerican1062-93
36. Stack S. Suicide: A Comparative Analysis. *Social Forces*. 1978; 57 (December): 644-653.
37. Cutright P., Fernquist R.M. The relative gender gap in suicide: societal integration, the culture of suicide, and period effects in 20 developed countries, 1955/1994. *Social Science Research*. 2001; 30 (1): 76-99. DOI: 10.1006/ssre.2000.0691
38. Pampel F.C. National Context, Social Change, and Sex Differences in Suicide Rates. *American Sociological Review*. 1998; 63 (5): 744-758.
39. Joiner T. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005.
40. Lin L., Zhang J. Impulsivity, Mental Disorder, and Suicide in Rural China. *Archives of Suicide Research*. 2017; 21 (1): 73-82. DOI: 10.1080/13811118.2015.1004478
41. 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.
42. Bao W.N., Haas A., Pi Y. Life strain, negative emotions, and delinquency: An empirical test of general strain theory in the People's Republic of China. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2004; 48 (3): 281-297.
43. Zhang J., Lu J., Zhao S., Lamis D.A., Li N., Kong Y., Ma Z. Developing the Psychological Strain Scales (PSS): Reliability, Validity, and Preliminary Hypothesis Tests. *Social Indicators Research*. 2014; 115 (1): 337-361. DOI: 10.1007/s11205-012-0222-6
44. Zhang J., Lyu J. Reliability, Validity and Preliminary Hypothesis Tests for the English Version of the Psychological Strain Scales (PSS). *Journal of Affective Disorders*. 2014; 164 (2014): 69-75. DOI: 10.1016/j.jad.2014.04.011
45. Sun L., Li H., Zhang J., Wu Q. Psychological strains and suicide intent: Results from a psychological autopsy study with Chinese rural young suicides. *International Journal of Social Psychiatry*. 2015; 61 (7): 677-683. DOI: 10.1177/0020764015573087
46. Sun L., Zhang J. Coping Skill as a Moderator between Negative Life Events and Suicide among Young People in Rural China. *Journal Of Clinical Psychology*. 2015; 71 (3): 258-266. DOI: 10.1002/jclp.22140
47. Yan S., Zhang J., Zhao L. Suicides in A Dream of Red Mansions: A Perspective of the Strain Theory of Suicide. *Journal of Shandong University (Philosophy and Social Sciences)*. 2012; 1: 139-147.
48. Zhang J., Lester D. Psychological Tensions Found in Suicide Notes: A Test for the Strain Theory of Suicide. *Archives of Suicide Research*. 2008; 12 (1): 67-73. DOI: 10.1080/13811110701800962
49. Conwell Y. Suicide later in life: challenges and priorities for prevention. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014; 47 (3 Suppl 2): 244-250. DOI: 10.1016/j.amepre.2014.05.040
50. Henry A.F., Short J. *Suicide and Homicide: Some Economic, Sociological and Psychological Aspects of Aggression*. Glencoe, IL: Free Press, 1954.
51. Lester D. *Why people kill themselves (4th ed.)*. Springfield, IL: Charles Thomas Publisher, Ltd, 2000.
52. Dooley D. *Social Research Methods (3rd Ed.)*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1995.
53. Dubin R. *Theory Building*. New York: Free Press, 1978.

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 II. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 84-100. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-84-100

For citation: Zhang J. The Strain Theory of Suicide. Part II. *Suicidology*. 2020; 11 (3): 84-100. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-84-100

## СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ С ПОЗИЦИЙ СУИЦИДАЛЬНОГО ПРОЦЕССА

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

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

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

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

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

#### Информация об авторах:

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

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

Розанов Всеволод Анатоліевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Место работы и должность: профессор кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6. Телефон: +7 (953) 374-11-41, электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

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

#### Information about the authors:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

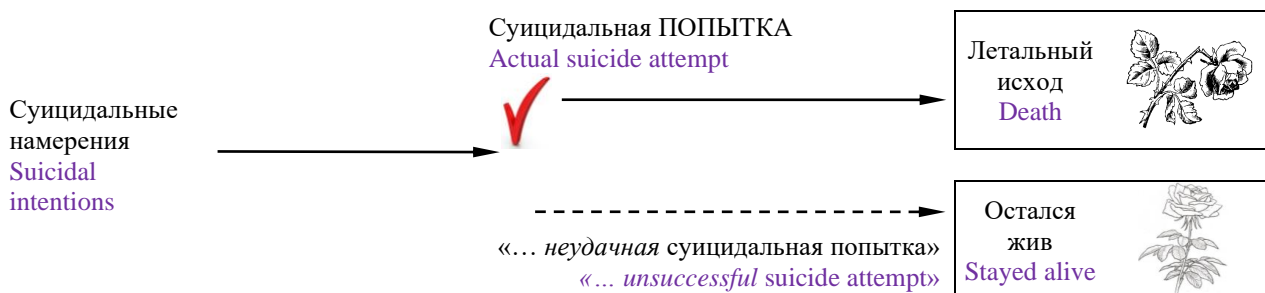


Рис. 1 / Fig. 1. Суицидальная динамика (общая схема) / Suicidal dynamics (general outline).

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

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

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

В качестве иллюстраций использованы наблюдения из собственной клинической практики авторов.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



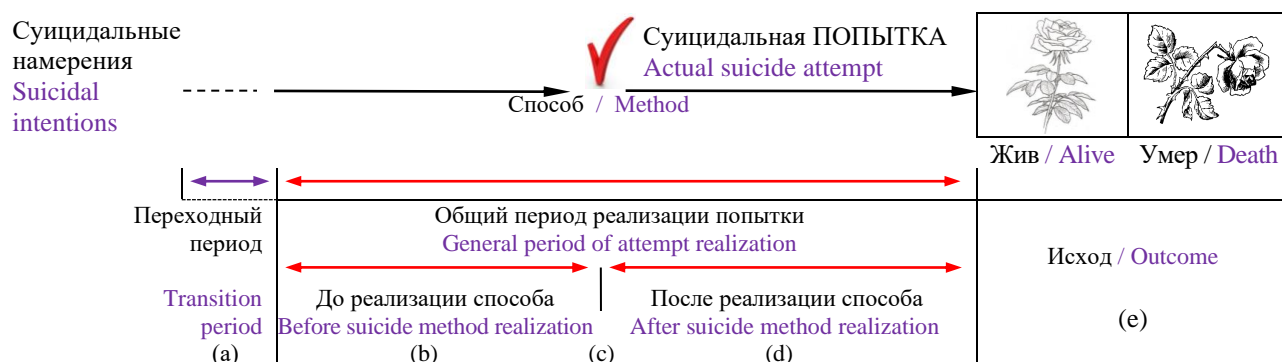


Рис. 2 / Fig. 2. Элементы и этапы суицидальной динамики (схема) / Elements and stages of suicidal dynamics (a scheme)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Таким образом, обобщая отмеченные выше дан-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

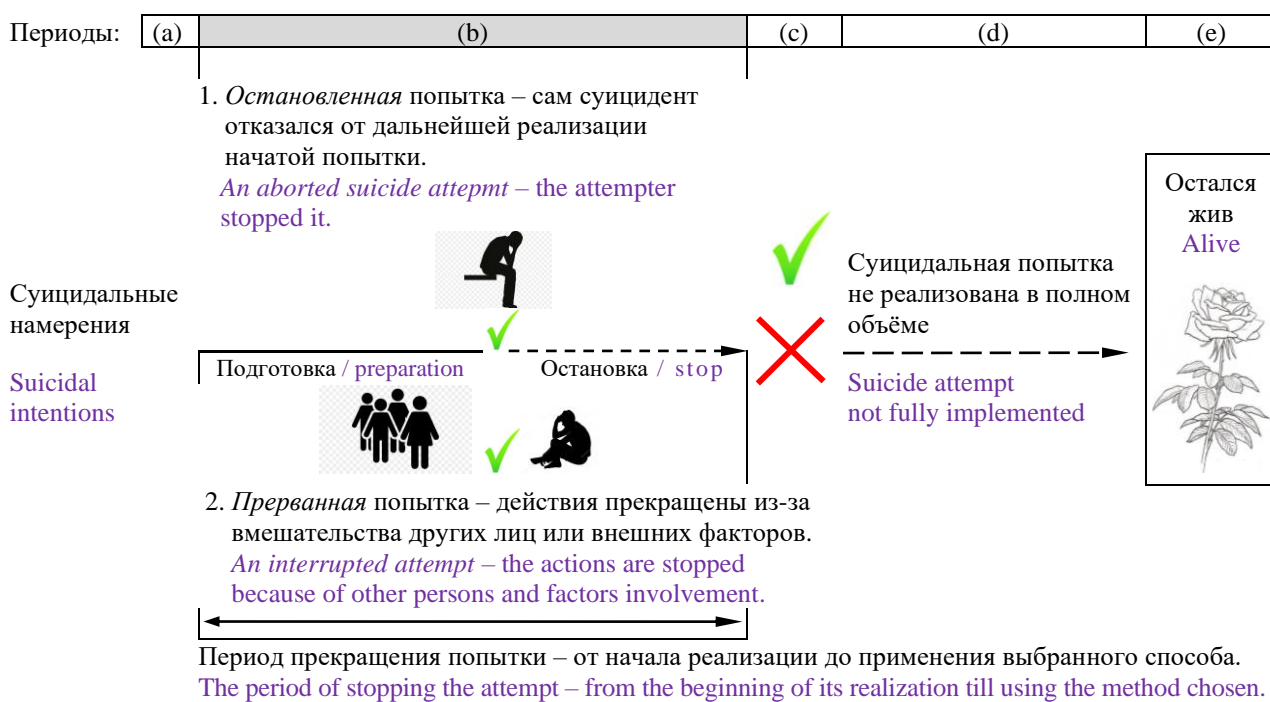


Рис. 3 / Fig. 3. Остановленные и прерванные попытки / Aborted and interrupted suicide attempts.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Другое наблюдение («остановленная попытка»).

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

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

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

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

Another observation (an "aborted attempt").

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

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

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

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

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

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

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

to meet her again.

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

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

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

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

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

... Getting back home with purchases from

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Таблица 1 / Table 1

Остановленные и прерванные попытки  
Aborted and interrupted suicide attempts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

иметь достаточно большую вариабельность, и определяться многими факторами.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Заключение.**

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

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

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

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

**Conclusion.**

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

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

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

Литература / References:

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

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

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

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

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

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

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

### Вклад авторов:

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

### Authors' contributions:

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

**Финансирование:** Данное исследование не имело финансовой поддержки.

**Financing:** The study was performed without external funding.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 06.08.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 07.11.2020.

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

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

## **СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕВУШЕК, ИМЕЮЩИХ В ПРОШЛОМ НЕСИСТЕМАТИЧЕСКОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ**

*А.В. Меринов, К.В. Полкова, Я.Н. Жилова*

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

### **SUICIDOLOGICAL CHARACTERISTICS OF FEMALES WITH NON-SYSTEMATIC USE OF NARCOTIC SUBSTANCES IN THE PAST**

*A.V. Merinov, K.V. Polkova, Y.N. Zhilova*

*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, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: [merinovalex@gmail.com](mailto:merinovalex@gmail.com)

**Полкова Ксения Владимировна** (SPIN-код: 1149-3624; Researcher ID: W-4794-2019; ORCID iD: 0000-0002-4292-6544). 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, 9. Телефон: +7 (915) 590-65-41, электронный адрес: [polkovaksu@gmail.com](mailto:polkovaksu@gmail.com)

**Жилова Яна Николаевна** (SPIN-код: 7722-2660; ORCID iD: 0000-0002-2699-1768; Researcher ID: AAL-4402-2020). Место учёбы: студентка ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: +7(903) 837-07-71, электронный адрес: [yana\\_zhilova@mail.ru](mailto:yana_zhilova@mail.ru)

#### Information about the authors:

**Merinov Alexey Vladimirovich** – MD, PhD, Associate Professor (SPIN-code: 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 Visokovoltnaya str. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: [merinovalex@gmail.com](mailto:merinovalex@gmail.com)

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

**Zhilova Yana Nikolaevna** (SPIN-code: 7722-2660; ORCID iD: 0000-0002-2699-1768; Researcher ID: AAL-4402-2020). Place of study: student of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltnaya str. Phone: +7(903) 837-07-71, email: [yana\\_zhilova@mail.ru](mailto:yana_zhilova@mail.ru)

Практически аксиоматичной считается связь наркотической зависимости и суицидального поведения. Однако без должного внимания остаются донозологические формы потребления наркотических веществ. В целом, влечение к психоактивным веществам может являться одним из вариантов реализации антивитальной активности. Представляется, что даже несистематическое потребление наркотических веществ приводит к заметным личностно-психологическим изменениям, и, возможно, к повышению суицидального риска. Цель исследования: выявление влияния несистематического употребления наркотических веществ на суицидологические характеристики девушек. Материалы и методы: обследованы 194 девушки-студентки нескольких высших учебных заведений г. Рязани в возрасте от 19 до 24 лет посредством заполнения анamnестического онлайн-опросника. Общая когорта исследованных была разделена на контрольную и исследуемую группы. В исследуемую группу вошли 78 девушек (средний возраст  $20,8 \pm 1,4$  лет), имеющих в анамнезе опыт несистематического потребления наркотических веществ различных химических групп (ДевНарк+), без признаков наркотической зависимости. Контрольную группу (ДевНарк-) составили 116 девушек (средний возраст  $20,5 \pm 1,0$  лет), не имеющих такого опыта. В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов, а также, такие экспериментально-психологические методики, как: «Тест диагностики психологических защитных механизмов» (Life Style



Index), методика Mini-Mult, опросник родительских предписаний. Математическая обработка данных была проведена с помощью программ SPSS-Statistics и Statistica 12. Результаты: в исследуемой группе девушек суицидальные попытки встречались в 3,5 раза чаще, чем в контрольной (15,38% против 4,31%), суицидальные мысли – в 2,7 раза. Таким образом, можно говорить, что даже несистематическое употребление ПАВ должно настораживать в отношении вероятного обнаружения парасуицидальной активности. Эпизодическое потребление наркотических веществ связано с наличием аффективной патологии, одиночества; в таком случае целью проб наркотиков является компенсация субдепрессивного фона. Отсутствие сформированной наркотической зависимости, к сожалению, выводит этот контингент из поля зрения наркологической службы. Девушки, имеющие опыт несистематического потребления наркотических веществ, в 2,5 раза чаще обнаруживали периоды депрессии, а также чувство виновности (55,13%). Чувство безысходности (60,26%), а также отсутствие чёткого смысла жизни (15,38%), также значительно чаще преобладали в исследуемой группе девушек (против 32,76% и 5,17% в контрольной). 28,21% девушек из исследуемой группы наносили себе самоповреждения (13,79% в контрольной). Склонность к неоправданному риску (39,75% против 19,83%), наличие опасных для жизни хобби (25,64% против 6,89%) чаще встречались в группе ДевНарк+, что позволяет думать о представленности рискованно-виктимного модуса реализации аутоагрессивных импульсов. Субъективное ощущение злоупотребления алкоголем подтвердили 20,51% девушек исследуемой группы (6,89% в контрольной); курение продолжительностью более двух лет выявлено так же в два раза чаще именно в первой группе. Исследуемая группа девушек чаще использует такие механизмы психологической защиты как «Вытеснение», «Регрессия», «Замещение». Родительское послание «Не существуй», чаще встречаемое в исследуемой группе девушек, является токсичным в отношении формирования аутоагрессивного сценария жизни и согласуется с полученными нами данными об уровне суицидальных паттернов в этой группе. Выводы: даже несистематическое потребление наркотических веществ существенно повышает риск суицидального поведения. Выявление донозологических форм употребления психоактивных веществ может использоваться как один из вариантов оценки риска аутоагрессивного поведения. Данный факт имеет важное теоретическое и прикладное значение для наркологической и суицидологической служб.

*Ключевые слова:* суицидология, несистематическое употребление наркотиков, аутоагрессия, суицидальное поведение

Суицидальные попытки и завершённые суициды значительно чаще распространены среди молодых людей, страдающих наркотической зависимостью [1-3]. Однако значительное количество молодых людей в течение своей жизни неоднократно «пробует» наркотические вещества, что носит случайный или эпизодический характер – без присутствия у них клинически сформированной зависимости (F1x.2) или потребления с вредными последствиями (F1x.1). Следует учитывать, что зачастую несистематическое потребление наркотических веществ (донозологические формы употребления) остаётся без должного внимания, так как такие «носители проблемы» практически не попадают в поле зрения наркологической службы. В привычном понимании, отсутствие сформированной наркотической аддикции, исключает любые дальнейшие намерения глубже изучить психическое состояние и психологические особенности данных лиц. Действует принцип: «нет очерченной психиатрической или наркологической нозологии – кто должен работать с данным контингентом?».

Мы также понимаем, что человек, рискнувший перейти «черту» и согласившийся впервые употребить наркотическое вещество – в определённом смысле, имеет ряд личностных особенностей, нередко рассматриваемых как некая predisposition последующей аутоагрессивной траектории [4]. Влечение к психоактив-

Suicidal attempts and completed suicides are much more common among young people with drug addiction [1-3]. However, a significant number of young people during their life repeatedly “try out” drugs, which is random or episodic – without the presence of clinically formed addiction (F1x.2) or consumption with harmful consequences (F1x.1). It should be borne in mind that often non-systematic consumption of narcotic substances (prenosological forms of use) remains without due attention, since such “problem-makers” practically do not fall under the observation of the narcological service. In the usual sense, the absence of a formed drug addiction excludes any further intentions to study the mental state and psychological characteristics of these persons more deeply. The principle is: “there is no outlined psycho-medical or narcological nosology – who should work with this contingent?”

We also understand that a person who dared to cross the “line” and agreed to use a narcotic substance for the first time – in a certain sense has a number of personality traits, often viewed as a kind of predisposition of the subsequent auto-aggressive trajectory [4]. Craving for psychoactive substances, including narcotic ones, can be

ным веществам, в том числе наркотическим, может рассматриваться как маскированная антивита́льная активность.

На сегодняшний момент отсутствуют какие-либо данные о связи эпизодического употребления наркотических веществ и аутоагрессивного поведения. Нам представляется важным вовремя оцененный суицидальный риск у лиц, несистематически потребляющих наркотические вещества, что может существенно улучшить качество оказания суицидологической помощи. С другой стороны, данное исследование способно уточнить или дополнить существующий перечень предикторов саморазрушающего поведения.

В исследовании предпринята попытка оценить суицидологический профиль девушек, не имеющих сформированной наркотической зависимости, но отмечавших опыт потребления наркотических веществ в анамнезе. В практической работе нарколога часто приходится слышать, что «несколько раз – это не проблема», «травя – вообще не наркотик» и «не следует обращать на таких людей особого внимания, они вариант нормы». Нам же данные положения не представляются столь безапелляционными, что в определённой степени послужило отправной точкой данной работы.

Цель исследования: выявить возможное влияние несистематического употребления наркотических веществ на суицидологические характеристики девушек.

Задачи: установить связь несистематического употребления наркотических веществ и паттернов аутоагрессивного поведения; охарактеризовать отличительные личностно-психологические черты девушек, эпизодически употребляющих наркотики, значимые для суицидологической практики.

Материалы и методы.

Для решения поставленных задач были обследованы 194 девушки-студентки в возрасте от 18 до 24 лет с помощью заполнения анамнестического опросника. Для проведения опроса была организована онлайн-площадка на базе нескольких высших учебных заведений г. Рязани.

Дизайн исследования подразумевал деление общей когорты девушек на исследуемую и контрольную группу. Основанием для включения в первую группу служило наличие несистематического потребления наркотических средств различных химических групп в анамнезе (девушки, имеющие опыт несистематического употребления наркотиков – ДевНарк+); в контрольную соответственно – отсутствие факта употребления. Критерием исключения являлись признаки наркотической зависимости.

В 40,2% наблюдений (n=78) у девушек было выяв-

considered a masked anti-vital activity.

To date, there is no data on the relationship between episodic drug use and auto-aggressive behavior. We believe it is important to assess the suicidal risk in a timely manner in people who occasionally use drugs, which can significantly improve the quality of suicidological care. On the other hand, this study is able to clarify or supplement the existing list of predictors of self-destructive behavior.

The study made an attempt to assess the suicidological profile of females who do not have a formed drug addiction, but noted a history of drug use. In the practical work of a narcologist, one often hears that “several times use is not a problem”, “weed is not a drug at all” and “one should not pay special attention to such people, they are a variant of the norm”. To us, these provisions do not seem so categorical, which to a certain extent served as the starting point of this work.

Aim of the study: to identify the possible influence of unsystematic drug use on the suicidological characteristics of females.

Objectives: to establish a connection between non-systematic drug use and patterns of auto-aggressive behavior; to characterize the distinctive personality and psychological traits of girls who occasionally use drugs that are significant for suicidal practice.

Materials and methods.

To solve the set objectives, 194 female students aged 18 to 24 were examined by filling out anamnestic questionnaire. To conduct the survey, an online platform was organized on the basis of several higher educational institutions in Ryazan.

The design of the study implied the division of the general cohort of girls into the study and control groups. The basis for inclusion into the first group was the history of non-systematic drug use of various chemical groups (girls who have experience of non-systematic drug use – DevNark +); in the control, the inclusion criterion was respectively the absence of the fact of use. The exclusion criterion was signs of drug addiction.

The unsystematic drug use was revealed in 40.2% of observations (n = 78 girls).

The control group consisted of 116 girls, respectively. The mean age of girls was 20.8±1.4 years in the study group and

лено несистематическое употребление наркотиков.

Контрольную группу составили соответственно 116 девушек. Средний возраст в исследуемой группе девушек составил  $20,8 \pm 1,4$  лет, в контрольной группе –  $20,5 \pm 1,0$  лет. В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [5]. Экспериментально-психологические методики включали в себя: «Тест диагностики психологических защитных механизмов» (Life Style Index) [6], методику Mini-Mult [7], а также опросник родительских предписаний [8].

Статистический анализ и обработка данных была произведена посредством непараметрических статистических методов математической статистики с использованием  $\chi^2$ , а также  $\chi^2$  с поправкой Йетса. Для количественного описания тесноты связи признаков в исследуемых группах было использовано отношение шансов (ОШ). Значение ОШ более единицы говорило о положительной корреляции между исследуемой группой и выявленными признаками. Описание статистических данных для непараметрических критериев продемонстрировано в виде n (%) (абсолютное количество признака в группе и его процентное отношение к общему количеству членов группы). Границы доверительного интервала (ДИ) для отношения шансов указаны в виде нижней (НГДИ) и верхней границы (ВГДИ). Если границы доверительного интервала не включали единицу, результаты считались статистически значимыми.

В качестве параметрических методов математической статистики был применен t-критерий Стьюдента. Описание статистических данных для t-критерия Стьюдента представлено в виде M (m), где M – это среднее значение, а m – среднее квадратическое отклонение.

$20,5 \pm 1,0$  years in the control group. As a diagnostic tool, a questionnaire was used to identify autoaggressive patterns and their predictors in the past and present [5]. Experimental psychological methods included: "Test for the diagnosis of psychological defense mechanisms" (Life Style Index) [6], the Mini-Mult method [7], as well as a questionnaire of parental injunctions [8].

Statistical analysis and data processing were performed using nonparametric statistical methods of mathematical statistics using  $\chi^2$ , as well as  $\chi^2$  with Yates' correction. The odds ratio (OR) was used to quantitatively describe the closeness of the relationship between features in the study groups. The OR value of more than one indicated a positive correlation between the studied group and the revealed signs. The description of statistical data for nonparametric tests is shown in the form of n (%) (the absolute number of a feature in the group and its percentage to the total number of group members). The boundaries of the confidence interval (CI) for the odds ratio are indicated as the lower (LBCI) and upper bound (UBCI). If the boundaries of the confidence interval did not include one, the results were considered statistically significant.

The Student's t-test was used as parametric methods of mathematical statistics. The description of the statistical data for the Student's t-test is presented in the form M (m), where M is the mean value and m is the standard deviation.

Mathematical processing of the data was carried out using the SPSS-Statistics and Statistica 12 programs.

Таблица 1 / Table 1

Представленность суицидальных паттернов аутоагрессивного поведения  
Representation of suicidal patterns of auto-aggressive behavior

Признак Index	ДевНарк+ DevNark+ n=78		Контрольная группа Control group n=116		$\chi^2$	p	ОШ OR	НГДИ LBCI	ВГДИ UBCI
	n	%	n	%					
Суицидальные попытки в анамнезе вообще History of suicidal attempts in general	12	15,38	5	4,31	7,15	0,007	4,03	1,36	11,96
Суицидальные мысли в анамнезе вообще History of suicidal thoughts in general	33	42,31	18	15,52	17,27	0,0001	3,99	2,03	7,83
Суицидальные мысли в последние 2 года Suicidal thoughts in the last 2 years	18	23,08	10	8,62	7,89	0,005	3,18	1,37	7,33

Математическую обработку данных проводили с помощью программ SPSS-Statistics и Statistica 12. Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости  $p < 0,05$ .

Результаты и их обсуждение.

Анализируя суицидальную направленность реализации аутоагрессивного поведения, между контрольной и исследуемой группами, были обнаружены следующие статистически значимые отличия.

В группе девушек с опытом потребления наркотиков, наличие в анамнезе суицидальных попыток составило 15,38%, в контрольной группе – только 4,31%. Суицидальные мысли выявлены в изучаемой группе у 42,31% респондентов, в последние 2 года – в 23,08%. Разница более чем в 3,5 раза в отношении суицидальных попыток и в 2,7 раз по представленности суицидальных мыслей – в значительной степени подразумевает связь изучаемых явлений. Поэтому употребление ПАВ, даже несистематическое, должно настораживать в отношении вероятного обнаружения парасуицидальной активности [9].

The null hypothesis of the similarity of the two groups in terms of the evaluated trait was rejected at a significance level of  $p < 0.05$ .

Results and its discussion.

Analyzing the suicidal orientation of the realization of auto-aggressive behavior, between the control and the study groups, the following statistically significant differences were found.

In the group of girls with drug use experience, a history of suicidal attempts was 15.38% while in the control group it only reached 4.31%. Suicidal thoughts were revealed in the studied group in 42.31% of respondents, and for in 23.08% they were detected in the last 2 years. The difference of more than 3.5 times in relation to suicidal attempts and 2.7 times in the representation of suicidal thoughts largely implies a connection between the studied phenomena. Therefore, the use of surfactants, even unsystematic, should be alarming in relation to the probable detection of parasuicidal activity [9].

Таблица 2 / Table 2

Представленность предикторов суицидального поведения  
Representation of predictors of suicidal behavior

Признак Index	ДевНарк+ DevNark+ n=78		Контрольная группа Control group n=116		$\chi^2$	p	ОШ OR	НГДИ LBCI	ВГДИ UBCI
	n	%	n	%					
Чувство вины в анамнезе вообще History of guilt in general	43	55,13	36	31,03	11,22	0,001	2,73	1,51	4,95
Чувство вины в последние 2 года Guilt in the last 2 years	31	39,74	23	19,83	9,21	0,002	2,66	1,40	5,07
Беспричинные снижения настроения в последние 2 года Unreasonable mood decreases in the last 2 years	46	58,97	37	31,89	13,97	0,001	3,06	1,69	5,57
Беспричинные снижения настроения в анамнезе вообще History of unreasonable mood decreases in general	50	64,10	43	37,06	13,66	0,001	3,03	1,67	5,50
Чувство безысходности в последние 2 года Hopelessness in the past 2 years	40	51,28	30	25,86	26,37	0,001	3,01	1,64	5,54
Чувство безысходности в анамнезе вообще History of hopelessness in general	47	60,26	38	32,76	13,32	0,001	3,11	1,71	5,65
Периоды одиночества в анамнезе вообще History of periods of loneliness in general	47	60,26	50	43,10	5,49	0,019	2,00	1,12	3,58
Наличие периодов отсутствия смысла жизни в анамнезе вообще History of periods of no meaning in life in general	12	15,38	6	5,17	5,78	0,016	3,33	1,19	9,30

Таблица 3 / Table 3

Представленность несуйцидальных паттерны аутоагрессивного поведения  
Representation of non-suicidal patterns of auto-aggressive behavior

Признак Index	ДевНарк+ DevNark+ n=78		Контрольная группа Control group n=116		$\chi^2$	P	ОШ OR	НГДИ LBCI	ВГДИ UBCI
	n	%	n	%					
Несуйцидальные самоповреждения в анамнезе вообще History of non-suicidal self-harm in general	22	28,71	16	13,79	6,15	0,013	2,45	1,19	5,06
Наличие опасных хобби в анамнезе вообще History of having a dangerous hobby in general	20	25,64	8	6,89	13,27	0,001	4,65	1,93	11,22
Наличие опасных хобби в последние 2 года Having a dangerous hobby in the last 2 years	17	21,79	6	5,17	12,33	0,001	5,11	1,91	13,64
Склонность к неоправданному риску в анамнезе вообще History of unjustified risk in general	31	39,75	23	19,83	9,21	0,002	2,66	1,40	5,07
Повышенная гетероагрессивность в последние 2 года (субъективная оценка) Increased heteroaggression in the last 2 years (subjective assessment)	33	42,31	30	25,86	5,75	0,016	2,10	1,14	3,87
Повышенная гетероагрессивность в анамнезе вообще (субъективная оценка) History of increased heteroaggression in general (subjective assessment)	38	48,71	35	30,17	6,83	0,008	2,19	1,21	3,98
Злоупотребление алкоголем в анамнезе вообще (субъективная оценка) History of alcohol abuse in general (subjective assessment)	16	20,51	8	6,89	7,98	0,005	3,48	1,41	8,61
Курение более 2-х лет Smoking for over 2 years	22	28,21	16	13,79	6,15	0,013	2,45	1,19	5,05

К сожалению, донологический характер потребления, зачастую, «выводит» рассматриваемый контингент из поля зрения как суицидологической, так и наркологической служб. Пробы наркотиков часто связаны с присутствующей аффективной патологией, одиночеством, потерей жизненных ориентиров, когда их приём, к примеру, нацелен на компенсацию субдепрессивного фона. Это согласуется с полученными данными, приведёнными ниже в таблице 2.

Оценим представленность предикторов суицидального поведения.

Аффективный фон в группе весьма показателен. Хорошо известно, что суицидальным проявлениям аутоагрессивного поведения в большинстве случаев предшествует период переживаний одиночества, чувства виновности, безысходности [10]. Девушки, имеющие опыт несистематического потребления наркоти-

Unfortunately, the prenosological nature of consumption often “takes out” the considered contingent from the observation of both suicidal and narcological services. Drug tests are often associated with the presence of affective pathology, loneliness, loss of life orientations, when their use, for example, is aimed at compensating for a subdepressive mood. This is consistent with the findings below.

Let us estimate the representation of predictors of suicidal behavior.

The affective background in the group is very indicative. It is well known that suicidal manifestations of autoaggressive behavior in most cases are preceded by a period of feelings of loneliness, feelings of guilt, hopelessness [10]. Girls with an experience of unsystematic drug use revealed periods of depres-

ков, обнаруживали периоды депрессии в анамнезе в 2,5 раза чаще, чем представительницы контрольной группы. В исследуемой группе девушек чувство вины встречается у 55,13% из них, а в последние два года – в 39,74% случаев, в контрольной группе – статистически значимо ниже. Периоды безысходности в первой группе обнаружены у 60,26% респонденток, а в последние два года – 51,28% (против 32,76% и 25,86% соответственно в контрольной). Та же самая закономерность касается чувства одиночества.

При возникновении экзистенциального вакуума, люди не в силах справиться с текущими проблемами, нарастает чувство непонимания, они ищут другие способы забыться, что приводит их к некому замкнутому кругу. Так, в исследуемой группе 15,38% девушек не видят смысла жизни, по сравнению с 5,17% в контрольной группе.

Перейдем к характеристике представленности несуицидальных аутоагрессивных паттернов в группах.

Почти 28,21% девушек из исследуемой группы наносили себе самоповреждения (в контрольной – 13,79%). Зачастую они были связаны с некими аффективными колебаниями, немотивированным беспокойством. Реже отмечались разные формы «братания», причинения самоповреждений «на спор».

Склонность к неоправданному риску несистематических потребителей ПАВ в два раза выше в сравнении с контрольной группой (39,75% против 19,83%), что согласуется с высокой частотой обнаружения у них хобби и привычек, опасных для жизни (25,64% против 6,89% соответственно). Это позволяет думать о представленности рискованно-виктимного модуса реализации аутоагрессивных импульсов [4]. Они чаще склонны к агрессивному отношению к другим (разница более чем в 1,5 раза), тем самым провоцируя конфликтные ситуации, что в свою очередь – запускает депрессивный аффективный каскад: переживание вины, угрызания совести, о которых сообщило более 2/3 респонденток.

Обратил на себя внимание и прочий наркологический вектор реализации самодеструктивных паттернов. Субъективное ощущение злоупотребления алкоголем, отмеченное 20,51% девушек исследуемой группы (в контрольной – 6,89%); курение продолжительностью более двух лет выявлено так же в два раза чаще именно в первой группе.

Проанализируем обнаруженные лично - психологические и сценарные особенности группы. Нами не было обнаружено статистически достоверных отличий в отношении личностных характеристик согласно тесту Mini-Mult. Отличия, выявленные в тесте LSI и опроснике родительских посланий, приведены с следующей таблице.

sion in the anamnesis 2.5 times more often than representatives of the control group. In the studied group of girls, the feeling of guilt is found in 55.13% in general and in 39.74% of cases in the last two years, in the control group it is statistically significantly lower. Periods of hopelessness in the first group were found in 60.26% of the respondents, and 51.28% of them were registered in the last two years (vs. 32.76% and 25.86% respectively in the control). The same pattern applies to the feeling of loneliness.

When an existential vacuum arises, people are unable to cope with the current problems, a feeling of misunderstanding grows, they look for other ways to forget, which leads them to a kind of vicious circle. Thus, in the study group, 15.38% of girls do not see the meaning of life, compared with 5.17% in the control group.

Let's move on to characterizing the representation of non-suicidal auto-aggressive patterns in groups.

Almost 28.21% of girls from the study group inflicted self-harm on themselves (13.79% in the control group). They were often associated with some kind of affective hesitation or unmotivated anxiety. Different forms of "fraternization", infliction of self-harm "on a dispute" were noted less often.

The tendency to unjustified risk among unsystematic psychoactive substances users is twice as high compared to the control group (39.75% vs. 19.83%), which is consistent with the high frequency of detecting hobbies and habits that are life-threatening (25.64% vs. 6.89%, respectively). This allows us to suggest the representation of the risk-victim mode of the implementation of autoaggressive impulses [4]. They are more likely to have an aggressive attitude towards others (the difference is more than 1.5 times), thereby provoking conflict situations, which in turn triggers a depressive affective cascade: feelings of guilt, remorse, which were reported by more than 2/3 respondents.

Another narcological vector of the implementation of self-destructive patterns attracted our attention.

Subjective feeling of alcohol abuse, noted by 20.51% of girls in the study group (6.89% in the control); smoking for more than two years was also revealed twice as often in the first group. Let us analyze the discovered personality-psychological and scenario features of the group. We found no statistically significant differences in personality characteristics according to the Mini-Mult test.

Таблица 4 / Table 4

Психологические механизмы защиты и родительских посланий среди респондентов  
 Psychological defense mechanisms and parental injunctions among respondents

Признак Index	ДевНарк+ DevNarc+ n=78, M±m	Контрольная группа Control group n=116, M±m	t	P
Преобладающие защитные психологические механизмы Prevailing psychological defense mechanisms				
ЗПМ Вытеснение / PDM Repression	3,74±2,21	2,91±2,07	2,69	0,0076
ЗПМ Регрессия / PDM Regression	7,13±2,67	5,16±2,14	5,66	0,0000
ЗПМ Замещение / PDM Sunstitution	4,88±2,74	3,45±2,59	3,66	0,0003
Преобладающие родительские послания Prevailing parental injunctions				
Послание «Не существуй» Don't Exist injunction	17,38±6,78	14,23±6,04	3,39	0,0008
Послание «Не будь здоров» Don't be healthy injunction	16,28±7,84	13,12±6,27	3,11	0,0021
Послание «Не будь нормальным» Don't be normal injunction	14,87±5,76	13,01±5,45	2,27	0,0239

Исследуемая группа девушек значительно чаще использует такие механизмы психологической защиты как «Вытеснение», «Регрессия», «Замещение».

Вытеснение и замещение, вкупе, позволяет респондентам легче «забыть» неприятные моменты, имевшие и имеющие место в их жизни. В контексте суицидологии речь, вероятно, можно вести об обесценивании опасности употребления наркотических препаратов, отсутствии понимания собственной аутоагрессивной траектории, нежелания решать актуальные проблемы, поиска более приемлемых путей их «закрытия», внешнеобвиняющими тенденциями [11]. Регрессия обуславливает возвращение к более ранним онтогенетическим формам поведения, декларации себя как слабого, беззащитного, нуждающегося в ком-то, кто мог бы постоять за него, разрешить проблемы. Это идеально вписывается в образ человека, готового рискнуть, попробовав ПАВ, где последний может рассматриваться в роли идеального объекта, безусловно принимающего и разрешающего внутриличностные конфликты [12].

В свою очередь, родительское предписание «Не существуй» отчётливо перекликается с полученными данными о высокой представленности суицидальных и несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в исследуемой группе. Данное послание является максимально токсичным в отношении формирования аутоагрессивного сценария жизни [4, 13], а его высокие значения в группе со столь примечательным уровнем

The differences found in the LSI test and the parental injunctions questionnaire are summarized in the following table.

The studied group of girls is much more likely to use such mechanisms of psychological defense as "Repression", "Regression" and "Substitution".

Repression and substitution, together, make it easier for the respondents to "forget" the unpleasant moments that took and are still taking place in their lives. In the context of suicidology, we can probably talk about the devaluation of the danger of using drugs, the lack of understanding of one's own auto-aggressive trajectory, unwillingness to solve urgent problems, the search for more acceptable ways to resolve them, tendencies to accuse external factors [11]. Regression suggests the return to earlier ontogenetic forms of behavior, the declaration of oneself as weak, defenseless, in need of someone who could stand up for them and solve their problems. This ideally fits into the image of a person who is ready to take risks by trying out drugs, where the latter can be considered as an ideal object that unconditionally accepts and resolves intrapersonal conflicts [12].

In turn, the parental injunction "Don't exist" clearly echoes the data obtained on the high prevalence of suicidal and non-suicidal auto-aggressive patterns in the study group. This message is the most toxic in relation to the for-

суицидальных паттернов, не вызывают удивления. Два последних послания (не будь здоров и не будь нормальным) достаточно часто выявляются у аддиктивных личностей [14] и гармонично вписываются в общую характеристику девушек, имевших опыт контакта с наркотическими веществами.

#### Выводы:

1. Несистематическое потребление наркотических веществ у девушек повышает риск аутоагрессивного поведения, в том числе суицидального.

2. Проблема донозологических форм потребления психоактивных веществ и их связи с наличием суицидальных паттернов, вероятно, является важным теоретическим положением для понимания всей «аутоагрессивной траектории» личности в динамике в контексте наркологической суицидологии.

3. Несистематическое употребление психоактивных веществ может являться одним из значимых пунктов в «чек-листе», направленном на оценку риска аутоагрессивного поведения.

4. При сборе наркологического анамнеза в суицидологической практике, важно оценивать не только признаки сформированной зависимости, но и факт несистематического потребления наркотических веществ.

mation of an autoaggressive life scenario [4, 13], and its high values in the group with such a remarkable level of suicidal patterns are not surprising. The last two messages (do not be healthy and do not be normal) are often detected in addictive individuals [14] and harmoniously fit into the general characteristics of girls who have had experience of contact with narcotic substances.

#### Conclusions:

1. Unsystematic drug use among girls increases the risk of auto-aggressive behavior, including suicidal behavior.

2. The problem of prenosological forms of consumption of psychoactive substances and their connection with the presence of suicidal patterns is probably an important theoretical position for understanding the entire "autoaggressive trajectory" of a personality in dynamics in the context of drug addiction suicidology.

3. Non-systematic use of psychoactive substances can be one of the significant items in the "checklist" aimed at assessing the risk of auto-aggressive behavior.

4. When collecting a narcological anamnesis in suicidological practice, it is important to assess not only the signs of formed addiction, but also the fact of unsystematic consumption of narcotic substances.

#### Литература / References:

1. Чухрова М.Г., Пронин С.В., Рыбальчук Н.В., Иванова В.Э. Психические и психосоматические последствия потребления спайсов. *Мир науки, культуры, образования*. 2015; 1 (50): 423-426. [Chuhrova M.G., Pronin S.V., Rybal'chuk N.V., Ivanova V.E. Psychological and psychosomatic effects of spice consumption]. *The world of science, culture and education*. 2015; 1 (50): 423-426. (In Russ)
2. Dragisic T. et al. Drug addiction as risk for suicide attempts. *Materia socio-medica*. 2015; 27 (3):188. DOI:10.5455/msm.2015.27.188-191
3. Badr H.E., Francis K. Psychosocial perspective and suicidal behaviors correlated with adolescent male smoking and illicit drug use. *Asian J Psychiatr*. 2018; 37: 51-57. DOI: 10.1016/j.ajp.2018.08.004
4. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-Центр, 2005. 214 с. [Shustov D.I. Autoaggression, suicide and alcoholism. «M.: Kogito-Cent», 2005. 214 p.] (In Russ)
5. 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: «Ehkspertnye resheniya», 2017. 192 p.] (In Russ)
6. Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. A structural theory of ego defenses and emotions. *Emotions in personality and psychopathology*. *Springer US*, 1979. P. 227-257.
7. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult. *Психологический журнал*. 1981; 2 (3): 118-123. [Zaitcev V.P. Mini-mult Psychological Test Variant. *Psychological journal*. 1981; 2 (3): 118-123.
8. Drego P. The cultural parent. *Transactional Analysis Journal*. 1983; 13: 224-227.
9. Borges G., Loera C.R. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Curr Opin Psychiatry*. 2010; 23 (3): 195-204. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283386322
10. Войцех В.Ф. Что мы знаем о суициде. Под редакцией профессора В.С. Ястребова. М., 2007. 200 с. [Voitcekh V.F. What we know about suicide. Edited by Professor V.S. Yastrebov. M., 2007. 200 p.] (In Russ)
11. Лапланш Ж. (Laplanche J.) Словарь по психоанализу: пер. с франц. / Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис. М.: Высшая школа, 1996. 623 с. [Zh. Laplanche, Zh.-B. Pontalis. M.: «High school», 1996. 623 p.] (In Russ)
12. Вассерман Л.И. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. СПб.: Речь, 1999. 128 с. [Wasserman L.I. et al. Psychological diagnosis of the Lifestyle Index. SPb.: «Speech», 1999. 128 p.] (In Russ)
13. Стюард Я., Джойнс В. (Steward I., Joines V.) Современный трансактивный анализ. М.: Социально-психологический центр, 1996. 332 с. [Steward I., Joines V. Modern transact analysis. M.: Socio-psychological center, 1996. 332 p.] (In Russ)
14. Штайнер К. (Shtainer K.) Сценарии жизни людей: пер. с англ. СПб.: Питер, 2003. 416 с. [Shtainer K. Scenarios of people's lives. SPb: Piter, 2003. 416 p.] (In Russ)



## SUICIDOLOGICAL CHARACTERISTICS OF FEMALES WITH NON-SYSTEMATIC USE OF NARCOTIC SUBSTANCES IN THE PAST

A.V. Merinov, K.V. Polkova, Y.N. Zhilova

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

### Abstract:

The link between drug addiction and suicidal behavior is considered almost axiomatic. However, prenosological forms of drug consumption have not received attention due. In general, craving for psychoactive substances can be viewed as one of the forms of anti-vital activity. It seems that even non-systematic drug use leads to noticeable personal-psychological changes, and, possibly, to an increase in suicidal risk. Aim of the study: to identify the influence of non-systematic drug use on the suicidological characteristics of young females. Materials and methods: 194 female students of several higher educational institutions in Ryazan, aged 19 to 24, were examined by filling out an anamnestic online questionnaire. The total study cohort was divided into control and study groups. The study group included 78 females (mean age  $20.8 \pm 1.4$  years) with a history of unsystematic use of drugs of various chemical groups (DevNark +), without signs of drug addiction. The control group (DevNark-) consisted of 116 girls (mean age  $20.5 \pm 1.0$  years) who did not have such experience. As a diagnostic tool, a questionnaire was used to identify auto-aggressive patterns and their predictors, as well as such experimental psychological techniques as: "Test for the diagnosis of psychological defense mechanisms" (Life Style Index), Mini-Mult technique, parental injunctions questionnaire. Mathematical processing of the data was carried out using the programs SPSS-Statistics and Statistica 12. Results: in the studied group of females, suicidal attempts occurred 3.5 times more often compared to the control group (15.38% vs. 4.31%), suicidal thoughts were 2.7 times more frequent. Thus, we can say that even unsystematic use of surfactants should be alarming regarding the possible detection of parasuicidal activity. Episodic consumption of drugs is associated with the presence of affective pathology, loneliness; in this case, the purpose of drug use is to compensate the subdepressive mood. The absence of a formed drug addiction, unfortunately, takes this contingent out of the observation of the narcological service. Females who have experience of unsystematic drug use were 2.5 times more likely to report periods of depression, as well as a sense of guilt (55.13%). The feeling of hopelessness (60.26%), as well as the lack of a clear meaning in life (15.38%), also significantly more often prevailed in the studied group of girls (vs. 32.76% and 5.17% in the control group). 28.21% of girls from the study group inflicted self-harm on themselves (13.79% in the control). The inclination to unjustified risk (39.75% vs. 19.83%), the presence of life-threatening hobbies (25.64% vs. 6.89%) were more common in the DevNark + group, which suggests that the risk-victim mode of autoaggressive impulses realization. The subjective feeling of alcohol abuse was confirmed by 20.51% of girls in the study group (6.89% in the control); smoking for more than two years was also revealed twice as often in the first group. The studied group of girls more often uses such mechanisms of psychological defense as "Repression", "Regression", "Substitution". The parental message "Don't exist", which is more common in the studied group of girls, is toxic in relation to the formation of an auto-aggressive life scenario and is consistent with our data on the level of suicidal patterns in this group. Conclusions: even unsystematic drug use significantly increases the risk of suicidal behavior. Identification of prenosological forms of psychoactive substance use can be used as one of the options for assessing the risk of autoaggressive behavior. This fact is of great theoretical and applied importance for narcological and suicidological services.

*Key words:* suicidology, unsystematic drug use, autoaggression, suicidal behavior.

### Вклад авторов:

A.V. Merinov: дизайн исследования и статьи, написание и редактирование текста рукописи;  
K.V. Polkova: сбор материала, математическая обработка, написание текста рукописи;  
Y.N. Zhilova: математическая обработка, написание текста рукописи.

### Authors' contributions:

A.V. Merinov: developing the research design, article writing and editing;  
K.V. Polkova: material collection, mathematical processing, article writing;  
Y.N. Zhilova: 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: 22.06.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.10.2020.

Для цитирования: Меринов А.В., Полкова К.В., Жилова Я.Н. Суицидологическая характеристика девушек, имеющих в прошлом несистематическое употребление наркотических веществ. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 120-129. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-120-129

For citation: Merinov A.V., Polkova K.V., Zhilova Y.N. Suicidological characteristics of females with non-systematic use of narcotic substances in the past. *Suicidology*. 2020; 11 (3): 120-129. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-120-129

## ПРЕДНАМЕРЕННЫЕ САМОПОРЕЗЫ С СУИЦИДАЛЬНОЙ И НЕСУИЦИДАЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Е.Г. Скрыбин, П.Б. Зотов, М.А. Аксельров, И.А. Трошина, Л.И. Рейхерт, Ю.А. Петрова, А.Г. Бухна*

ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень, Россия

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет», г. Тюмень, Россия

### INTENTIONAL SUICIDAL AND NON-SUICIDAL SELF-CUTTING IN CLINICAL PRACTICE

*E.G. Skryabin, P.B. Zotov, M.A. Akselrov, I.A. Troshina, L.I. Reikhert, Yu.A. Petrova, A.G. Buhna*

Regional clinical hospital № 2, Tyumen, Russia  
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia  
Tyumen industrial University, Tyumen, Russia

#### Информация об авторах:

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

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, 19. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

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

Трошина Ирина Александровна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 744365; ORCID iD 0000-0002-7772-8302; Scopus AuthorID: 23981629100). Место работы и должность: профессор кафедры госпитальной терапии с курсами эндокринологии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: +7 (982) 906-65-39, электронный адрес: iritro@inbox.ru

Рейхерт Людмила Ивановна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1703-2302; ORCID iD: 0000-0003-4313-0836; Scopus AuthorID: 6507192699). Место работы и должность: профессор кафедры 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: lir0806@gmail.com

Петрова Юлианна Алексеевна – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 9112-2725; ORCID iD: 0000-0002-7380-091X; Scopus AuthorID: 57194203657). Место работы и должность: доцент кафедры физического воспитания ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет». Адрес: Россия, 625000, г. Тюмень, ул. Володарского, 38. Телефон: +7 (919) 938-90-89, электронный адрес: pimtmn@mail.ru

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

#### Information about the authors:

Skryabin Evgeny Gennadievich – MD, PhD (SPIN-code: 4125-9422; Researcher ID: J-1627-2018; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127). Place of work: Professor of the Department of Traumatology, Tyumen State Medical University. Address: 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

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

Akselrov Mikhail Alexandrovich – MD, PhD, associate Professor (SPIN-code: 3127-9804; ORCID iD: 0000-0001-6814-8894). Place of work: Head of the Department of pediatric surgery, Tyumen State Medical University. Address: 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

Troshina Irina Aleksandrovna – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 744365; ORCID iD 0000-0002-7772-8302; Scopus AuthorID: 23981629100). Place of work: Professor of the Department of hospital therapy, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Tel.: +7 (982) 906-65-39, email: iritro@inbox.ru

Reikherth Ludmila Ivanovna – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 1703-2302; ORCID iD: 0000-0003-4313-0836; Scopus AuthorID: 6507192699). Place of work: Professor of the Department of Neurology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str. Phone: +7 (3452) 28-74-47, email: lir0806@gmail.com

Petrova Yulianna Alekseevna – MD, PhD, associate Professor (SPIN-code: 9112-2725; ORCID iD: 0000-0002-7380-091X; Scopus AuthorID: 57194203657). Place of work: associate Professor of physical education Department, Tyumen industrial University. Address: Russia, 625000, Tyumen, 38 Volodarsky's, str. Phone: +7 (919) 938-90-89, email: pimtmn@mail.ru

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

Нанесение себе порезов – распространённый в популяции вид травм, значительная часть которых не требует медицинского вмешательства. Однако прямое внешнее повреждение кожи и мягких тканей не всегда носит случайный характер. Порезы собственного тела так же могут быть совершены преднамеренно, в том числе по суицидальным мотивам или без них. Целью настоящего исследования было изучение основных характеристик лиц, совершивших умышленные самопорезы по суицидальным и несуйцидальным мотивам, на основе анализа данных литературы с привлечением собственного клинического опыта. Результаты: В России доля самопорезов в структуре способов самоубийства по отдельным регионам составляет от 0,7 до 8,3%. Среди попыток суицида этот показатель значительно выше – до 54,5% у мужчин и 38,5% – у женщин. Частота порезов среди погибших и совершивших попытки различается как минимум в 10 раз. Среди поступающих в стационар после суицидальной попытки доля самопорезов может достигать 34-44%. Самые высокие показатели распространённости самопорезов связаны с умышленными несуйцидальными повреждениями (НССП), и наиболее часто регистрируются у подростков: в России – около 17%, в европейских странах и США – от 17,1 до 46,5%. Преобладают женщины. Самопорезам свойственно неоднократное повторение, в том числе в течение длительного периода. Чаще совершаются по несуйцидальным мотивам, но их наличие резко увеличивает риск погибнуть от самоубийств в течение последующего года (у подростков – более чем в 30 раз). У обращающихся за медицинской помощью преобладают различной глубины порезы предплечий в области поверхностных вен. Преобладают поражения недоминантной руки (94,5%), чаще (78,6%) множественные. У каждого пятого (19,1%) обнаруживаются рубцы от порезов, нанесённых себе ранее. До 40% порезов делается в скрытом от внешних взглядов местах, и обычно ассоциированы с предыдущим самоповреждением. *Факторы риска* преднамеренных самопорезов во многом схожи с другими формами НССП: женский пол, подростковый или молодой возраст, эмоциональные нарушения, низкая самооценка, тревожность и импульсивность, сексуальное, эмоциональное и физическое насилие, преднамеренные самоповреждения со стороны друзей, неполная семья, умышленное причинение себе вреда в семье, у взрослых – дополнительно – проживание в городе, отсутствие фиксированного места жительства. Алкоголь выявляется лишь у 16-22% пострадавших, но его употребление ассоциируется с более тяжелыми резанными ранами и значительно повышает суицидальный риск. При самопорезах медицинская помощь обычно ограничивается хирургическим компонентом, но хирурги часто не могут оценить суицидальные намерения пациентов, основываясь на характеристиках раны. Поэтому важно, чтобы они инициировали психиатрическую консультацию. В работе с данным контингентом предлагается мультимедийный подход, включающий четыре этапа: 1. Первичная оценка. 2. Психологическое интервью. 3. Хирургическое пособие. 4. Реабилитация. Авторами в качестве иллюстраций приводятся наблюдения из собственной клинической практики. В заключении делается вывод о необходимости повышения уровня подготовки медицинского персонала в области суицидологии и девиантного поведения, а также организации профильных баз регистрации и учёта случаев самоповреждений (регистров).

*Ключевые слова:* самопорезы, самоповреждения, несуйцидальные самоповреждения, девиантное поведение, суицид, суицидальное поведение, клинические наблюдения самопорезов, Тюмень, Западная Сибирь

Нанесение себе порезов – достаточно распространённый в популяции вид травм, получаемых при реализации бытовой или производственной деятельности, значительная часть которых излечиваются самостоятельно, без каких-либо значимых последствий для пострадавшего, и не требует медицинского вмешательства. Однако прямое внешнее повреждение кожи и мягких тканей тела

Self-inflicted cuts are a fairly common type of injuries in the population that tend to happen as a result of household or industrial activities, a significant part of which would heal on their own, without any significant consequences for the victim, and does not require medical intervention. However, direct external damage to the skin and soft

не всегда носит случайный характер. Порезы собственного тела так же могут быть совершены преднамеренно, в том числе по суицидальным мотивам или без них [1]. Последнее рассматривается в литературе как умышленное несуицидальное самоповреждение [2, 3].

В клинической практике при обращении за медицинской помощью человека с самопорезами выявление преднамеренного характера повреждений имеет важное значение с целью возможного предупреждения повторных аутоагрессивных действий и/или самоубийства.

Целью настоящего исследования было изучение основных характеристик лиц, совершивших умышленные самопорезы по суицидальным и несуицидальным мотивам, на основе анализа данных литературы с привлечением собственного клинического опыта.

#### *Распространённость.*

В России доля самопорезов и проникающих ранений в структуре способов самоубийства относительно невелика и по отдельным регионам составляет от 0,7 до 8,3% [4, 5, 6, 7]. Среди попыток суицида этот показатель значительно выше – до 54,5% у мужчин и 38,5% – у женщин [8]. Частота порезов среди погибших и совершивших попытки различается как минимум в 10 раз [9]. Среди поступающих в стационар после суицидальной попытки доля самопорезов может достигать 34-44% [10, 11, 12].

В США частота проникающих ран и повреждений при самоубийстве значительно выше, и согласно данным различных исследований [13, 14, 15, 16] составляет – от 23 до 39%, следуя за показателями применения огнестрельного оружия, направленного против себя.

Самые высокие показатели распространённости самопорезов связаны с умышленными несуицидальными повреждениями (НССП) [17, 18].

НССП регистрируются во всех возрастных группах как среди мужчин, так и женщин, но не с одинаковой частотой в разных странах. В Англии (2013 г.) наибольшая доля самоповреждений отмечена в возрастной группе 40-49 лет (30%) у мужчин и 19-29 лет (28%) у женщин [19]. В Северной Ирландии пик самоповреждений среди мужчин приходится на возраст 20-24 года (809 на 100000), среди женщин – на возраст 15-19 лет (837 на 100000). Риск повторения выше у пациентов в возрастной категории 35-44 лет [20].

Тем не менее, наиболее часто самоповреждения регистрируются у подростков (табл. 1), с началом заболевания в возрасте 10-14 лет [3, 21]. В отдельных европейских государствах распространённость НССП среди учащихся колеблется от 17,1 до 38,6% [22] и даже 46,5% [3]. Наиболее высокие показатели присутствуют в Эстонии, Франции, Германия и Израиле. Низкий уровень отмечен в Венгрии, Ирландии, Италии и др. [22]. У студентов университетов частота НССП может достигать 38,9%, у взрослых колеблется от 4 до 24% [3, 23]. Мета-анализ [17], включающий, сообщения о самоповреждении у 597548 участников из 41 страны показал, что об-

tissues of the body is not always accidental. Cuts to one's own body can also be committed intentionally, both with suicidal reasons and without them [1]. The latter is classified in the literature as deliberate non-suicidal self-injury (NSSI) [2, 3].

In clinical practice, when providing medical help to a person with self-cuts, it is extremely important to identify the deliberate nature of these injuries in order to possibly prevent repeated auto-aggressive actions and / or suicide.

The aim of this research was to study the main characteristics of persons who committed deliberate self-cutting with and without suicidal motives, based on the literature data analysis as well as the involvement of researchers' own clinical experience.

#### *Prevalence.*

In Russia, the share of self-cutting and penetrating wounds in the structure of suicide methods is relatively small ranging in some regions from 0.7 to 8.3% [4, 5, 6, 7]. This indicator is much higher when suicide attempts are considered – its share can reach up to 54.5% for men and 38.5% for women [8]. The frequency of cuts among those who died by suicide and just committed an attempt differs by at least 10 times [9]. Among those delivered to the hospital after a suicide attempt, the proportion of self-cuttings can reach 34-44% [10, 11, 12].

In the United States, the prevalence of penetrating wounds and injuries during suicide is significantly higher, and according to various studies [13, 14, 15, 16], it ranges from 23% to 39%, following the rates of use of firearms against oneself.

The highest prevalence rates of self-cuts are associated with intentional non-suicidal injuries (NSSI) [17, 18].

NSSIs are recorded in all age groups and sexes, however the frequency in different countries would vary. In England (2013), the highest proportion of self-harm was registered in the 40-49 years of age group (30%) for men and 19-29 (28%) for women [19]. In Northern Ireland, the peak of self-harm was observed at the age of 20-24 among men (809 per 100,000) and at the age of 15-19 for women (837 per 100,000). The risk of recurrence is higher in patients aged 35-44 years [20].

Still, self-harm is most often registered among adolescents (Table 1), with the onset of the phenomenon at the age of 10-14 [3, 21]. In some European countries, the prevalence of NSSI among students ranges from 17.1 to 38.6% [22] and even 46.5% [3]. The

щая распространённость НССП в течение всей жизни составляет 16,9%. Такие же показатели отмечены и в России [24].

Таблица 1 / Table 1

Распространённость несуицидальных самоповреждений у подростков разных стран, в %  
The prevalence of non-suicidal self-harm in adolescents from different countries, %

Страна / Country	%	
	М / Male	Ж / Female
Норвегия / Norway [25]	3,1	10,2
Ирландия / Ireland [26]	4,3	13,9
Венгрии / Hungary [27]	7-17	
Россия / Russia [24]	16,9	
Гонконг / Hong Kong [28]	13,4	19,7
Англия / England [29]	9,1	25,6
Китай / China [30]	23,2	

В структуре самоповреждений ведущее место занимают порезы кожи и мягких тканей (табл. 2).

Таблица 2 / Table 2

Доля самопорезов в структуре несуицидальных самоповреждений, в %  
The share of self-cut in the structure of NSSI, %

Страна / Country	%
США (общая популяция) USA (general population) [31]	20
Австралия / Australia [32]	59,2
Россия / Russia [24]	65
Ирландия / Ireland [26]	66
Англия / England [29, 33]	73,5-89
Норвегия / Norway [25]	74,1
США (в племени белых горных Апачей) USA (white mountain Apache tribes) [34]	98

*Пол и возраст.*

Среди совершающих самопорезы преобладают лица женского пола (до 80%), подросткового или молодого возраста [35, 36, 37]. Но согласно публикуемым данным, в отдельных странах эти тенденции прослеживаются не всегда. Так, в Ирландии, напротив, преобладают мужчины (соотношение М : Ж – 1 : 0,6) [38]. Подобная ситуация присутствует в Непале [1]. В Южной Корее среди пациентов отделения неотложной помощи с порезами вен, женщины – 63,5%, при среднем возрасте – 34,42 года (мужчины – 50,0 лет) [39]. В России, как и во многих странах мира, порезы доминируют среди преднамеренных самоповреждений [40]. Чаше это так же подростки и молодые люди, преимущественно лица женского пола [24, 41, 42, 43].

Таким образом, в характеристиках половозрастного состава этого контингента могут присутствовать значительные различия. Данные, полученные при анкетном опросе, указывая на высокую распространённость в популяции, не всегда согласуются с медицинской статисти-

highest rates are found in Estonia, France, Germany and Israel. A low level was noted in Hungary, Ireland, Italy, etc. [22]. Among university students, the incidence of NSSI can reach 38.9%, while for adults it varies from 4 to 24% [3, 23]. A meta-analysis [17] that included reports of self-harm in 597,548 participants from 41 countries, showed that the overall lifetime prevalence of NSSI was 16.9%. The same indicators were noted in Russia [24].

In the structure of self-harm, cuts to the skin and soft tissues take the leading role (Table 2).

*Gender and age.*

Those inflicting self-cuts tend to be predominantly female (up to 80%), adolescents or young people [35, 36, 37]. But according to published data, these trends are not always observed in all countries. For example, in Ireland, unlike the general trend, men would predominate (the ratio M:F - 1:0.6) [38]. It is also true for Nepal [1]. In South Korea, 63.5% of patients in the emergency departments with vein cuts were women, with mean age of 34.42 years (the mean age for men made up 50.0 years) [39]. In Russia, as in many other countries, cuts sit on top of intentional self-harm [40], adolescents and young people, mainly women prevail [24, 41, 42, 43].

Thus, there may be significant differences in the characteristics of the age and sex composition for this contingent. The data obtained from the questionnaires, indicating a high prevalence in the population, do not always agree with medical statistics. This leads to the conclusion that deliberate self-harm is a widespread, but often hidden problem [35].

It can be assumed that, among other factors, these indicators may be influenced by the handling and severity of damage. Studies show that after applying self-cuts, only 6-15% of victims would be seeking medical help [25, 26, 35], but this figure is higher (30.1%) when self-harm is carried out with an intention to die [29]. After committing an auto-aggressive act most people tend to seek advice from friends and acquaintances [32, 44]. Therefore, a significant part of the victims are not presented in the medical reports. As a rule, they are admitted to the hospital with more serious wounds that require surgical treatment including comorbid injuries (more often it would be men who inflict more severe wounds) [39]. This is consistent with the results of K. Hawton et al. [45], who noted that in England during

стикой. Это позволяет сделать вывод о том, что преднамеренное самоповреждение является широко распространённой, но часто скрытой проблемой [35].

Можно предположить, что среди других факторов на эти показатели могут влиять в том числе обращаемость и тяжесть повреждения. Исследования показывают, что после нанесения самопорезов за медицинской помощью обращаются лишь 6-15% пострадавших [25, 26, 35], но этот показатель выше (30,1%), когда самоповреждение осуществляется с желанием умереть [29]. Большинство после совершения аутоагрессивного акта обращаются за консультацией к друзьям и знакомым [32, 44]. Поэтому значительная часть пострадавших не попадает в медицинские отчёты. В стационар поступают, как правило, с ранами, требующими хирургической обработки и/или более серьёзными, в том числе сочетанными повреждениями (чаще более тяжелые раны наносят мужчины) [39]. Это согласуется с результатами К. Навтон и соавт. [45], отметивших, что в Англии в период 1976-1998 гг. среди лиц, совершивших самопорезы, в больницах общего профиля преобладали мужчины, холостые, не работающие, и это не совпадает с традиционным взглядом о преобладании женщин.

#### *Повторность самопорезов.*

Подозрение или прямые признаки умышленного самоповреждения всегда требуют оценки ситуации на возможность их повторения, а также связи с суицидальным поведением. Это должно обязательно учитываться при определении индивидуальной тактики ведения пациента. Исследования свидетельствуют о том, что большинство НССП имеют склонность к неоднократному повторению, регистрируясь с частотой от 5,7 [46] до 28% [47, 48]. При этом совокупные риски повтора наиболее высоки в первый год [49], нередко выше в первые 3 месяца [50], а при неразрешении ситуации могут сохраняться в течение нескольких лет: во второй год – 7,8%, в четвертый – 9,5% [46].

Самопорезы занимают лидирующее положение среди всех способов НССП по риску повторных ранений [51]. Он выше (1,38) при нанесении незначительных ран, и несколько ниже при тяжелых – 1,25 [52]. Риск повторного повреждения значительно возрастает по мере увеличения числа предыдущих эпизодов самопорезов [51].

#### *Самопорезы и суицидальное поведение.*

Важным клиническим фактом является то, что даже в случае доказанного отсутствия суицидальных идей при текущем повреждении, сам факт нанесения раны значительно повышает риск погибнуть от суицида в будущем [29, 53]. При этом самопорезы как метод самоповреждения несёт в себе бóльший риск самоубийства (и повторения), чем другие способы НССП, в том числе самоотравление [47]. По мере увеличения частоты самоповреждений возрастает и суицидальный риск [29]. У подростков, совершивших умышленное самоповреждение, риск погибнуть от самоубийств в течение последующего года

1976-1998 among those who committed self-cuts and were admitted to general hospitals, there were predominately men, unmarried and unemployed, and this does not go along with the traditional view of the predominance of women.

#### *Repeated self-cuts*

Suspicion or direct signs of deliberate self-harm always require an assessment of the situation for the possibility of its recurrence, as well as in connection with suicidal behavior. This must be taken into account when determining the individual tactics of patient management. Studies show that the majority of NSSIs have a tendency to be repeated, registering with a frequency from 5.7 [46] to 28% [47, 48]. At the same time, the cumulative risks of recurrence are highest in the first year [49], often higher in the first 3 months [50], and if the situation is not resolved, the risk can persist for several years reaching 7.8% in the second year and 9.5% in the fourth year [46].

Self-cuts stay on top of all other NSSI methods in terms of the risk of repeated infliction [51]. It is higher (1.38) when minor wounds are inflicted, and slightly lower (1.25) for severe wounds [52]. The risk of re-damage increases significantly as the number of previous episodes of self-cuts increases [51].

#### *Self-cutting and suicidal behavior.*

An important clinical fact is that even in the case of a proven absence of suicidal ideation in the current injury, the very fact of self-inflicted injuries significantly increases the risk of dying from suicide in the future [29, 53]. At the same time, self-cuts as a method of self-harm carries a greater risk of suicide (and its repetition) than other methods of NSSI, including self-poisoning [47]. As the frequency of self-harm increases, the risk of suicide increases as well [29]. For adolescents who have committed deliberate self-harm the risk of dying from suicide over the next year is more than 30 times higher than the expected mortality rate in the general population [54]. In Taiwan, this figure shows about 75-fold increase, standardized for age and sex [46]. Some authors mention 400-fold increase in risks for certain contingents [55]. And these risks persist for a rather long period: within 9 years following the injury; about 7% of those who committed NSSI die from self-murder [46].

The close relationship between these two phenomena is also supported by the anamnesis data: in a retrospective analysis of suicides, cases of deliberate self-cutting

более чем в 30 раз выше, чем ожидаемая смертность в общей популяции [54]. В Тайвани этот показатель составляет примерно 75-кратное увеличение, стандартизованное по возрасту и полу [46]. Некоторые авторы по отдельным контингентам приводят 400-кратное увеличение рисков [55]. И эти риски сохраняются достаточно длительный период: в течение 9 лет, последующих после повреждения; около 7% лиц, совершивших НССП, погибают от самоубийства [46].

О тесной связи этих двух состояний так же свидетельствуют данные анамнеза: при ретроспективном анализе самоубийств случаи преднамеренного нанесения самопорезов выявляются у 33% погибших женщин и 7% мужчин [56]. При этом реализованный способ суицида не обязательно представляет собой повторение самопорезов, и может отличаться [47].

Во многих случаях самопорезы и суицидальное поведение сосуществуют [57]. Самоповреждение, с одной стороны, может выступать как фактор риска суицида, с другой – может быть его непосредственным предвестником или началом реализуемой попытки. Для более объективного понимания ситуации при общении с каждым пациентом требуется как минимум беседа и целенаправленный опрос со сбором анамнеза. С целью дифференцирования состояний важен анализ мотивов и наличие покушений в прошлом. В недавних исследования [53] было показано, что среди поступающих с умышленными порезами запястья суицидальные намерения присутствуют у каждого пятого (21,3%) пострадавшего.

#### *Мотивы самопорезов и НССП.*

Наиболее часто мотивы НССП связаны с регуляцией внутреннего состояния, желанием облегчения от тяжёлых мыслей или чувств, регуляцией эмоций. Среди возможных вариантов – самонаказание, анти-самоубийство, анти-диссоциация [17, 35, 41, 58]. НССП также используется для утверждения межличностных границ, поиска ощущений и влияния на других, привлечение внимания [21, 25, 27], получения помощи от других людей, в том числе терапевтов. Служит для выражения эмоций символическим образом [55]. Значимыми факторами риска является отношение к своему телу / чувства, включая образ тела [59].

Точные механизмы, которые заставляют намеренные самоповреждения приводить к снижению чувства негативного эффекта, остаются неясными. Благодаря своему участию в регуляции боли и эмоций эндогенная опиоидная система была предложена для опосредования эффектов регуляции аффекта НССП. Предполагается, что (1) лица, участвующие в НССП, имеют более низкие исходные уровни эндогенных опиоидов, (2) НССП высвобождает эндогенные опиоиды и (3) опиоиды, высвобождаемые во время НССП, регулируют аффект [60]. Это согласуется и с клиническими данными – большинство (74-82%) пострадавших отмечают, что в результате самоповреждающего поведения они испытывают облег-

are detected in 33% of dead women and 7% of men [56]. In this case, the chosen method of suicide does not necessarily represent a repetition of self-cutting, and may differ [47].

In many cases, self-cuts and suicidal behavior coexist [57]. On the one hand, self-harming acts can be viewed as a risk factor for suicide, and on the other hand, it can be its immediate precursor or the beginning of a realizable attempt. For a more objective understanding of the situation, at least a conversation and a targeted survey with anamnesis collection are required when communicating face-to-face with such patients. In order to differentiate between the states, it is important to analyze the motives and the presence of attempts in the past. Recent studies [53] show that among those admitted with deliberate wrist cuts, every fifth (21.3%) would have suicidal intentions.

#### *Motives of self-cuts and NSSI.*

Most often, the motives of NSSI are associated with internal state regulation, the desire for relief from heavy thoughts or feelings, and emotions regulation. Possible options include self-punishment, anti-suicide, anti-dissociation [17, 35, 41, 58]. NSSIs are also used to assert interpersonal boundaries, seek sensations and influence others, attract attention [21, 25, 27], as well as receive help from other people, including therapists. It can be viewed as a symbolic way to express one's emotions [55]. Attitudes/feelings towards one's body, including body image, are stated as significant risk factors [59].

The exact mechanisms that cause intentional self-harm to reduce feelings of negative effect remain unclear. Due to its participation in the regulation of pain and emotions, the endogenous opioid system has been proposed to mediate the effects of affect regulation by NSSI. It has been suggested that (1) individuals involved in NSSI have lower baseline levels of endogenous opioids, (2) NSSI release endogenous opioids, and (3) opioids released during NSSI regulate affect [60]. This is consistent with clinical data – the majority (74-82%) of victims note that they experience relief as a result of self-injurious behavior [61].

In case of a suicidal purpose in the self-cutting act, on the contrary, the dominant motive is the desire to die. One of the options for such motivation there is also the desire to find out if someone loves them [58].

It is also noted that the relationship between self-harm and suicide is often quite

чение [61].

В случае нанесения самопорезов с суицидальной целью, напротив, доминирующим мотивом является желание умереть. Одним из вариантов такой мотивации так же является желание узнать любит ли их кто-то [58].

Так же отмечается, что отношения между самоповреждением и самоубийством часто достаточно парадоксальны. НССП на ранних этапах может выступать как фактор защиты от самоубийства. Поведение, связанное с нанесением себе увечий, можно определить как ослабленную форму самоубийства. НССП может играть роль антисуицидального акта, позволяя пациентам выйти из своей диссоциации и почувствовать, что они снова живут. Риск самоубийства не будет возрастать до тех пор, пока членовредительство приносит ожидаемое облегчение [55]. Тем не менее большинство авторов рассматривают членовредительство как фактор риска завершённого самоубийства [33, 47, 62, 63 и др.]. Повторяющиеся самоповреждения могут усилить дисфорию, которая будет устранена только суицидальными действиями. Самоубийцы, пытающиеся нанести себе увечья, могут подвергаться большому риску самоубийства по нескольким причинам: они испытывают большее чувство депрессии и безнадёжности, они более агрессивны и проявляют большую эмоциональную нестабильность, они недооценивают летальность своего суицидального поведения и, наконец, их беспокоят суицидальные мысли в течение более длительных и более частых периодов времени [55].

#### *Локализация и характер ран.*

У обращающихся за медицинской помощью преобладают различной глубины порезы рук [64], преимущественно предплечий в области поверхностных вен. Преобладают поражения недоминантной руки (94,5%) [65]. До 32% порезов наносятся на другие части тела – в области шеи, передней грудной стенки, иногда – нижних конечностей [64, 66, 67]. Проникающие травмы шеи имеют относительно низкую частоту. Тем не менее, анатомические проблемы, а также вероятность поражения сосудов и дыхательных путей делают их одним из самых смертельных типов травм [68].

У подростков до 95% случаев порезы локализируются на предплечьях, чаще в области средней трети (75,5%) левого предплечья (79,8%). Преобладают (78,6%) множественные порезы, у 6,8% располагаются на обеих руках. Глубокие раны присутствуют у 4,5% обращающихся за помощью. При осмотре пострадавших у каждого пятого (19,1%) обнаруживаются рубцы от порезов, нанесённых себе ранее [69].

Расположение разрезов – в открытой видимой для других или, напротив, в скрытой зоне может быть связано с отдельными клиническими характеристиками и психологическими факторами. До 40% порезов делается в скрытом от внешних взглядов местах. Эти случаи чаще ассоциированы с предыдущим самоповреждением,

paradoxical. In its early stages, NSSI can act as a protective factor against suicide. Self-mutilation can be defined as a weakened form of suicide. Also, NSSI can work as an anti-suicidal action, allowing patients to step out of their dissociation and feel like they are living again. The risk of suicide will not increase as long as self-harm brings the expected relief [55]. Yet, most authors consider self-harm as a risk factor for completed suicide [33, 47, 62, 63, etc.]. Repetitive self-harm can exacerbate dysphoria, which can only be eliminated by suicidal actions. Suicide attempters who try to self-harm may be at greater risk of suicide for several reasons: they feel more depressed and hopeless, they are more aggressive and show more emotional instability, they underestimate the lethality of their suicidal behavior, and, finally, they are experiencing suicidal thoughts for longer and more frequent periods of time [55].

#### *Localization and nature of wounds.*

In those seeking medical help, cuts of different depths prevail [64], mainly located in the forearms area of superficial veins. Lesions of the non-dominant hand predominate (94.5%) [65]. Up to 32% of cuts are made on other parts of the body, such as the neck, the anterior chest wall, and sometimes the lower limbs [64, 66, 67]. Penetrating neck injuries have a relatively low incidence. However, anatomical problems, as well as the likelihood of vascular and respiratory tract damage, make them one of the most fatal types of injury [68].

In adolescents, up to 95% of self-cuts are localized on the forearms, more often in the middle third (75.5%) of the left forearm (79.8%). Multiple cuts prevail (78.6%), in 6.8% they are located on both hands. Deep wounds are present in 4.5% of those seeking help. When examining the victims, one in five (19.1%) has scars from cuts self-inflicted earlier [69].

The location of the cuts – in the open surfaces, visible to others, or, on the contrary, in the hidden zone, may be associated with individual clinical characteristics and psychological factors. Up to 40% of cuts are made in places hidden from outside sight. These cases are more often associated with previous self-harm, deliberate intent, and a greater risk of recurrence in subsequent ongoing psychiatric treatment. These individuals are more likely to receive no psychosocial assessment and are less likely to be referred to mental health services from the emergency department [70].



преднамеренностью и бóльшим риском повторения его в последующем, текущим психиатрическим лечением. Чаще эти лица не получают психосоциальной оценки, и реже направляются в психиатрическую службу из отделения неотложной помощи [70].

Большинство пациентов, поступающих в стационар с резанными ранами рук, имеют отличные или хорошие функциональные результаты [53]. Поверхностные раны характерны для пациентов с опытом предыдущих умышленных ранений. Более глубокие и серьёзные повреждения встречаются реже. Они ассоциированы с: 1) мужским полом; 2) более молодым возрастом; 3) множественными повреждениями; 4) использованием для самопорезов любых острых предметов, оказавшихся под рукой [72]; 5) употреблением алкоголя или наркотиков; 6) наличием диагностированного психического расстройства [73].

Количество и тяжесть ранений при порезах рук статистически не различаются между суицидальными и несуйцидальными самоповреждениями. Поэтому хирурги часто не могут оценить суицидальные намерения пациентов, основываясь только на характеристиках раны [74]. Тем не менее, показано, что около 20% глубоких травм запястья вызваны попытками самоубийства. Суицидальные попытки с глубокими ранениями с бóльшей вероятностью вовлекают срединный нерв, лучевую артерию, сгибатель запястья, особенно на недоминантной руке, но с меньшей вероятностью вовлекают локтевую артерию и нерв на доминирующей руке. Продольная ориентация разреза при суицидальных глубоких травмах запястья связана с бóльшим количеством повреждений лучевой артерии, но меньшим количеством повреждений сухожилий и нервов [65]. Количество порезов и тяжесть повреждений зависят от многих факторов, включая глубину эмоциональных нарушений, импульсивность, используемое средство и др.

В качестве средств повреждений используются ножи и лезвия (часто – подростки), реже – осколки стекла или другие острые или тупые предметы [66, 69, 74, 75]. При использовании ножа повреждения могут наноситься путём порезов и/или нанесения колотых проникающих ранений [76]. При сочетающихся колото- и резанных ранах риск гибели резко возрастает, особенно при проникающих ранениях в зонах жизненноважных органов [77, 78].

*Факторы риска преднамеренных самопорезов* во многом схожи с другими формами несуйцидальных самоповреждений: женский пол, подростковый или молодой возраст, эмоциональные нарушения, низкая самооценка, тревожность и импульсивность, сексуальное, эмоциональное и физическое насилие, преднамеренные самоповреждения со стороны друзей, неполная семья, умышленное причинение себе вреда в семье [25, 30, 44], у взрослых – дополнительно – проживание в городе [20], отсутствие фиксированного места жительства, соверше-

The majority of patients admitted to the hospital with cut wounds of the arms have excellent or good functional results [53]. Superficial wounds are characteristic of patients with previous deliberate injury. Deeper and more severe injuries are less common. They are associated with: 1) male sex; 2) younger age; 3) multiple injuries; 4) the use of any sharp objects at hand for self-cutting [72]; 5) the use of alcohol or drugs; 6) the presence of a diagnosed mental disorder [73].

The number and severity of hand cut injuries did not statistically differ between suicidal and non-suicidal self-harm. Therefore, surgeons are often unable to assess patients' suicidal intentions based solely on wound characteristics [74]. However, it has been shown that about 20% of deep wrist injuries come as a result of suicide attempts. Suicide attempts with deep wounds are more likely to involve the median nerve, radial artery, and wrist flexor, especially in the non-dominant arm, but are less likely to involve the ulnar artery and nerve in the dominant arm. The longitudinal orientation of the incision in suicidal deep wrist injuries is associated with more damage to the radial artery, but fewer injuries to the veins and nerves [65]. The number of cuts and the severity of injury depend on many factors, including the depth of the emotional disturbance, impulsivity, the means used, etc.

As the means of damage there are used knives and blades (often by adolescents) less often glass fragments or other sharp or blunt objects [66, 69, 74, 75]. When using a knife, damage can be caused by cuts and/or piercing stab wounds [76]. With concomitant stab and cut wounds, the risk of death increases dramatically, especially with penetrating wounds in the zones of vital organs [77, 78].

*Risk factors for deliberate self-harm* are very similar to other forms of non-suicidal self-harm: female gender, adolescence or young age, emotional disturbances, low self-esteem, anxiety and impulsivity, sexual, emotional and physical abuse, friends' deliberate self-harm, single-parent family, deliberate self-harm in the family [25, 30, 44], additional factors for adults would include living in the city [20], lack of a fixed place of residence, committing self-harm from 9 o'clock in the morning to 5 o'clock in the evening, without drinking alcohol [46, 79, 80].

*Mental disorders and emotional disorders* are the most frequent signs associated with NSSI in general, and self-cuts in par-

ние самоповреждения с 9 часов утра до 5 часов вечера, без употребления алкоголя [46, 79, 80].

*Психические нарушения* и эмоциональные расстройства – наиболее частый признак, ассоциирующийся с НССП в целом, и, самопорезами в частности – 45-88% [27, 41, 81]. Наиболее часто выявляются депрессивные (34-63%) и тревожные (37%) расстройства, у четверти – расстройства адаптации. Так же широко распространены пограничные расстройства личности и пищевого поведения (15%) [3, 18, 31, 82].

Характерологические особенности в сочетании с психическими нарушениями нередко отражаются и в особенностях наносимых себе повреждений. Так, в группе лиц с доминированием истерических черт порезы запястья чаще рассматриваются как выражение бессознательного намерения искать сочувствия к себе у других людей. В группе депрессии, резать запястья может быть формой предварительной репетиции самоубийства. В группе с поведенческими расстройствами главными мотивами перерезания запястий являются внутренние конфликты в подростковом возрасте или разногласия с родителями [83].

О большем суицидальном риске при самопорезах может свидетельствовать преимущественно депрессивный характер нарушений [29, 72, 83].

*Роль алкоголя* при самопорезах неоднозначна. При совершении самоповреждений алкоголь не самый частый признак – выявляется у 16-22% пострадавших [31, 34]. Но употребление алкоголя нередко ассоциируется с более тяжелыми резаными ранами при умышленных самопорезах [72], и значительно повышает суицидальный риск [53]. Поэтому наличие алкогольного опьянения у пациента должно рассматриваться как фактор повышенной суицидальной готовности.

#### *Самопорезы и Интернет.*

В настоящее время Интернет – неотъемлемая часть жизни большинства населения всех возрастов, источник получения и передачи информации, в том числе связанной с НССП [84]. Об использовании Интернета, и ассоциированной с самоубийством / самоповреждением информации указывают не менее 70% лиц с суицидальным поведением [85, 86]. Доступный в сети видеоматериал о самоповреждениях может потенцировать это поведение посредством регулярного просмотра, и часто положительно воспринимается зрителями [23], облегчает поиск сверстников, реализующих НССП, так как для самопорезов характерно наличие друзей, которые также совершают самоповреждения [87]. Отмечается, что Интернет поощряет или даже вызывает такие действия, как самопорезы через механизмы психологического заражения [88], и служит одной из причин значительного распространения данных форм девиантного поведения и дальнейшего увеличения числа в популяции [89]. В качестве одной из наиболее важных причин обращения к Сети может выступать и поддержка сверстников как цен-

тикуляр – 45-88% [27, 41, 81]. The most frequently detected are depressive (34-63%) and anxiety (37%) disorders, in a quarter of cases there are detected adjustment disorders. Borderline personality and eating disorders are also common (15%) [3, 18, 31, 82].

Characterological features in combination with mental disorders are often reflected in the peculiarities of self-inflicted damage. For example, for persons with dominant hysterical features, wrist cuts are more often viewed as an expression of an unconscious intention to seek sympathy from other people. For the depressed contingent, cutting wrists may be a form of early suicide repetition. For the group with behavioral disorders, the main motives for cutting wrists are internal conflicts during adolescence or disagreements with parents [83].

The predominantly depressive nature of disorders may indicate a greater suicidal risk when inflicting self-cuts [29, 72, 83].

*The role of alcohol* in committing self-cuts is controversial. When inflicting self-harm, alcohol is not the most frequent symptom – it is detected in 16-22% of victims [31, 34]. But alcohol consumption is often associated with both more severe cut wounds during deliberate self-cuts [72], and significantly increases the risk of suicide [53]. Therefore, the presence of alcoholic intoxication in a patient should be considered as a factor of increased suicidal readiness.

#### *Self-cutting and the Internet.*

Currently, the Internet is an integral part of life of the majority of population of all ages, a source of receiving and transmitting information, including information related to NSSI [84]. Internet use and information associated with suicide / self-harm are reported by at least 70% of people with suicidal behavior [85, 86]. Online video about self-harm can potentiate this behavior through regular watching, and is often positively perceived by viewers [23], facilitates the search for peers who inflict NSSI, since having friends who commit self-injury is typical for self-cutting [87]. It is noted that the Internet encourages or even induces such actions as self-cutting through the mechanisms of psychological infectiousness [88], and is one of the reasons for the significant spread of such forms of deviant behavior and its further increase in the population [89]. Peer support as a central component of online interactions in self-harm may also be one of the most important reasons for using

тральный компонент онлайн-взаимодействий при самоповреждениях [88]. С этих позиций при выявлении самоповреждений необходимым условием работы является анализ характера обращения пострадавшего к информации в Интернете и возможность её использования для определения индивидуального суицидального риска.

*Оказание помощи и профилактика.*

При самоповреждениях медицинская помощь чаще включает хирургический компонент, реже привлекаются специалисты в области психического здоровья, несмотря на ведущее место психических нарушений среди основных причин и механизмов развития этих форм девиантного поведения. Данные исследований так же свидетельствуют о том, что большинство пациентов с самоповреждениями не получают никакой психиатрической помощи и не обращаются за ней [17, 32, 71]. Эта ситуация характерна и для многих погибших от самоубийства [86, 90, 91].

В работе с данным контингентом предлагается мультидисциплинарный подход, включающий четыре этапа: 1. Первичная оценка. 2. Психологическое интервью. 3. Хирургическое пособие. 4. Реабилитация [53].

Хирурги часто не могут оценить суицидальные намерения пациентов, основываясь на характеристиках раны. Поэтому важно, чтобы хирурги, лечащие этих пациентов, инициировали психиатрическую консультацию [71, 73]. Привлечение специалиста в области психического здоровья так же требуется и в случае выявления необъяснимых ран, шрамов на руках или на других частях тела, особенно у подростков [64]. Так как суицидологический скрининг имеет важное значение не только среди контингента с объективно видимыми просуицидальными факторами. Показано, что среди подростков, обратившихся за неотложной помощью по другим причинам, при целенаправленном обследовании у 16% выявляется повышенный риск самоубийства. Из них почти половина (46%) сообщают о наличии суицидальных мыслей и попыток, 10% указывают на попытки в анамнезе, 42% – об актуальных суицидальных мыслях, а 27% о злоупотреблении алкоголем и депрессии. В этой связи целенаправленный скрининг на повышенный риск самоубийства рекомендуется начинать в отделениях неотложной помощи [91]. Помимо оценки истории самоповреждения, времени между первой и последующей умышленной травмой, так же предлагается оценивать основные психосоциальные характеристики пациентов [51]. Такой подход позволит не только своевременно оказать психологическую помощь в период пребывания в стационаре, но и способствовать дальнейшему динамическому наблюдению пострадавшего, с проведением необходимых медицинских и реабилитационных мер психосоциальной поддержки.

Методы профилактики рецидивов НССП различны, но не все подтверждают свою достаточную эффективность, особенно в случае самоповреждений. Так, например, в Англии, вводимые комплексные меры профилактики

the Web [88]. From these stand points, in order to determine the individual suicidal risk when identifying self-cuts it is a necessary prerequisite in therapeutic work to analyze the nature of the victim's access to information on the Internet and the possibility of using it.

*Assistance and prevention.*

With self-cuts, medical care often includes a surgical component, with mental health specialists being less often involved, despite the leading place mental disorders take among the main causes and mechanisms of the development of these forms of deviant behavior. Research data also indicate that most patients with self-cuts do not receive any psychiatric help and do not seek it [17, 32, 71]. This situation is typical for many people who died from suicide [86, 90, 91].

When working with this contingent, a multidisciplinary approach is proposed, which includes four stages: 1. Initial assessment. 2. Psychological interview. 3. Surgical aid. 4. Rehabilitation [53].

Surgeons are often unable to assess patients' suicidal intentions based on wound characteristics. Therefore, it is important that the surgeons treating these patients initiate a psychiatric consultation [71, 73]. Involvement of a mental health professional is also required in the case of unexplained wounds, scars on the hands or other parts of the body, especially for adolescents [64]. Since suicidalological screening is important not only among the contingent with objectively visible prosuicidal factors. It has been shown that among adolescents who sought emergency care for other reasons, targeted examination in 16% revealed an increased risk of suicide. Of these, almost half (46%) reported the presence of suicidal thoughts and attempts, 10% indicate a history of attempts, 42% informed about actual suicidal thoughts, and 27% told about alcohol abuse and depression. Therefore, it is recommended that targeted screening for an increased risk of suicide should be initiated in emergency departments [91]. In addition to assessing the history of self-harm, the time between the first and subsequent deliberate injury, it is also proposed to assess the main psychosocial characteristics of patients [51]. This approach will allow not only to provide timely psychological assistance during the period of hospital stay, but also to facilitate further dynamic victim observation, with the necessary medical and rehabilitation measures of psychosocial support.

способствовали в 2000-2007 гг. заметному снижению числа самоповреждений, но это касалось преимущественно только самоотравлений, при минимальном уменьшении количества самопорезов, на фоне увеличивающегося числа других самоповреждений (повешение, прыжки, связанные с дорожным движением) [92]. Более значительное снижение самоотравлений связывается с ограничениями доступности основных средств покушений (ограничение продаж парацетамола в общей торговой сети, более жёсткий контроль рецептурного отпуска лекарств и др.) [93, 94, 95]. В случае самопорезов подобные ограничительные меры невозможны, что указывает на необходимость поиска других направлений профилактики.

*Собственный клинический опыт* авторов основан на многолетней практике помощи пациентам, обращающимся в приёмное отделение ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2» (г. Тюмень). Количество обращений в стационар в течение нескольких последних лет относительно стабильное, и в среднем составляет 204 случая в год (табл. 3).

Таблица 3 / Table 3

Количество обращений с самопорезами в ОКБ №2 (г. Тюмень) в 2016-2019 гг. (дети и взрослые)

The number of applications with self-tapping screws in RCH № 2 (Tyumen) in 2016-2019 (children and adults)

Год / Year	Количество обращений Number of admissions
2016	220
2017	197
2018	195
2019	205
Средний / Mean	204,25

Опыт работы и анализ клинического материала свидетельствует о том, что среди обращающихся за медицинской помощью с самопорезами, доля лиц с суицидальным поведением в разные годы составляет 66-73%. Это отличается от данных, приводимых в литературе. Среди причин можно выделить, на наш взгляд, три наиболее значимые:

1. Привлечение психиатра для осмотра пострадавших производится не во всех случаях (чаще связано с режимом работы приёмного отделения, особенно в случаях обработки незначительных ран и последующего отказа пациента от госпитализации).

2. Отсутствие системы дифференцированного учёта повреждений по суицидальным и несуйцидальным мотивам.

3. Недостаточная профессиональная подготовка врачей, в том числе хирургов, среднего медицинского персонала в области диагностики и дифференциальной диагностики суицидального поведения и НССП.

Можно предположить наличие аналогичных ситуаций и в других лечебных учреждениях. По всем трём

Methods for preventing recurrence of NSSI are different, but not all confirm their sufficient effectiveness, especially when it comes to self-cuts. For example, in England, a complex of preventive measures contributed to a noticeable decrease in the number of self-injuries in 2000-2007, but this mainly concerned only self-poisoning, with a minimal decrease in the number of self-cuts, against the background of an increasing number of other types of self-injuries (hanging, jumping out in front of a moving car) [92]. A more significant decrease in self-poisoning is associated with restrictions on the availability of the means of suicide (limitation of sales of paracetamol in the general distribution network, stricter control of prescription drug, etc.) [93, 94, 95]. In the case of self-cutting, such restrictive measures are impossible, which indicates the need to search for other areas of prevention.

The authors' own clinical experience is based on many years of practice in helping patients who come to the admission department of the Regional Clinical Hospital No. 2 (Tyumen). The number of hospital visits has been relatively stable over the past few years, and averages 204 cases per year (Table 3).

Work experience and analysis of clinical material indicate that among those seeking medical help because of self-cuts, the proportion of people with suicidal behavior in different years reaches 66-73%. This doesn't go along with the data reported in the literature. Among the reasons that can be pointed out there are three most significant, in our opinion:

1. A psychiatrist is not involved in examining the victims in all cases (more often it is associated with the admission department operation mode, especially in cases of treatment of minor wounds and the subsequent refusal of the patient from hospitalization).

2. Lack of a system of differentiated record of injuries with and without suicidal motives.

3. Insufficient professional training of doctors, including surgeons, nurses in the field of diagnosis and differential diagnosis of suicidal behavior and NSSI.

It can be assumed that the situations are similar in other medical institutions. For all three points noted, the solution to the problem is quite achievable for the majority of domestic hospitals that provide assistance to this contingent. Therefore, if

отмеченным пунктам решение проблемы вполне посильно для большинства отечественных стационаров, оказывающих помощь данному контингенту. Поэтому при достаточном акцентировании внимания руководства клиник в данном направлении можно ожидать улучшения ситуации [96].

В заключении обсуждения темы самопорезов приведём несколько наблюдений из собственной практики с их кратким описанием.

*Рис. 1.* Изолированная резаная рана передней поверхности левого предплечья в верхней трети. «Классические» признаки самопорезов, характерные для НССП подростков: недоминантная рука, поверхностная рана в нижней трети предплечья. Настоящее повреждение оценено как *несуицидальное самоповреждение*. В области лучезапястного сустава так же имеется «тату».

*Fig. 1.* An isolated incision wound on the anterior surface of the left forearm in the upper third. "Classic" signs of self-cuts, characteristic of adolescents' NSSI: non-dominant hand, superficial wound in the lower third of the forearm. The present damage is assessed as *non-suicidal self-harm*. There is also a "tattoo" in the area of the wrist joint.

*Рис. 2.* Изолированная резаная рана передней поверхности левого предплечья в верхней трети. Присутствуют рубцы от предыдущих повреждений, распространенные по всему предплечью. Настоящее повреждение оценено как *несуицидальное самоповреждение*.

*Fig. 2.* An isolated incision wound on the anterior surface of the left forearm in the upper third. There are present scars from previous injuries throughout the forearm. The present damage is assessed as *non-suicidal self-harm*.

*Рис. 3.* Изолированная резаная рана передней поверхности левого предплечья в верхней трети (недоминантная рука). Присутствуют рубцы от предыдущих повреждений. Настоящее повреждение оценено как *несуицидальное самоповреждение*.

*Fig. 3.* An isolated incision wound on the anterior surface of the left forearm in the upper third (non-dominant arm). There are present scars from previous injuries. The present damage is assessed as *non-suicidal self-harm*.

*Описание случая:* со слов юноши С., 17 лет (рис. 3), «свежую» рану он получил случайно, во время прогулки с собакой, когда та дернула резко поводок, и он упал, не удержавшись на ногах, поранив при этом левое предплечье об торчащую из снега арматуру. На вопрос врача, как можно так поранить руку на улице в декабре, через зимнюю одежду, пациент ничего не ответил. Также он не ответил на вопрос травматолога о происхождении рубцов в области левого предплечья, расположенных дистальнее раны, подвергнутой первичной хирургической обработке. После оказания медицинской помощи пациент быстро покинул лечебное учреждение, не дождавшись приезда врачей психиатрической бригады.

*Case description:* According to young man S., 17 years old (Fig. 3), he got a "recent" wound by accident, while walking his dog, when it pulled the leash sharply, and he fell, unable to stay on his feet, injuring his left forearm against fittings sticking out of the snow. When the doctor asked how it was possible to injure his hand on the street in December, through winter clothes, the patient was not able to answer. He also could not answer the traumatologist's question of the origin of the left forearm scars located distal to the wound subjected to primary surgical treatment. After providing medical care, the patient quickly left the hospital, without waiting for the arrival of the psychiatric team doctors.



Рис. 4. Изолированная резаная рана передней поверхности левого предплечья в нижней трети (недоминантная рука). Присутствуют рубцы от предыдущих повреждений. Текущий эпизод – точно оценить невозможно, пациент не помнит (рубцов – более 30).

Fig. 4. An isolated incision wound on the anterior surface of the left forearm in the lower third (non-dominant hand). There are present scars from previous injuries. The current episode is impossible to accurately assess, the patient does not remember (there are more than 30 scars).



Рис. 5. Множественные резаные раны передней поверхности левого предплечья (недоминантная рука). Одновременно нанесено более 50 ран различной глубины с повреждением кожи и подкожно-жировой клетчатки. Настоящее повреждение оценено как суицидальная попытка.

Fig. 5. Multiple cut wounds on the anterior surface of the left forearm (non-dominant hand). More than 50 wounds of various depths were inflicted at a time with damage to the skin and subcutaneous fat.



The present injury was assessed as a suicide attempt.

Рис. 6. Глубокая рваная рана левого лучезапястного сустава, тыльной поверхности левой кисти с повреждением сухожилий разгибателей пальцев (недоминантная рука). Текущий эпизод самоповреждений – первый. Использован кухонный нож. Настоящее повреждение оценено как суицидальная попытка.

Fig. 6. Deep laceration of the left wrist joint, dorsum of the left hand with damage to the extensor tendons of the fingers (non-dominant hand). The current episode of self-cutting is the first one with a kitchen knife used. The present injury was assessed as a suicide attempt.



Рис. 7. Резаная рана и рубцы передней поверхности левого предплечья у пациентки К. (16 лет), совершившей суицидальную попытку путём падения с 6 этажа. Повреждена недоминантная рука, раны и рубцы разной степени давности.

Fig. 7. A cut wound and scars of the anterior surface of the left forearm of a female patient K. (16 years old), who made a suicidal attempt by falling off from the 6th floor. The non-dominant hand is damaged, there are wounds and scars from various periods of time.



Рис. 8. КТ позвоночника пациентки К. (16 лет), совершившей суицидальную попытку путём падения с 6 этажа. Выявлены множественные переломы позвонков с деформацией позвоночного канала.

Fig. 8. A CT scan of the spine of a female patient K. (16 years old), who made a suicidal attempt by falling off from the 6th floor. There are revealed multiple vertebral fractures with deformation of the spinal canal.

*Описание случая (рис. 7, 8):*

Пациента К. 16 лет. Доставлена в стационар бригадой «Скорой помощи» с места падения в бессознательном состоянии. Со слов медицинских работников, прибывших на место трагедии, девушка, закрывшись в комнате, совершила прыжок из окна квартиры на шестом этаже. При осмотре на внутренней поверхности левого предплечья выявлены поверхностные порезы различной степени давности (самые свежие, судя по ране, нанесены около десяти дней назад). При проведении клинико-лучевого исследования, были диагностированы переломы костей левого предплечья, грудины, Th<sub>IV</sub> грудного, L<sub>I</sub>, L<sub>II</sub>, L<sub>V</sub> поясничных позвонков с деформацией позвоночного канала, черепно-мозговая травма. Кожные покровы правой (доминантной) руки, и другие участки кожи тела без признаков предыдущих ранений (к моменту завершения написания статьи пациентка находится на аппарате искусственной вентиляции легких, контакту недоступна).

*Case description (Fig. 7, 8):*

A female patient K. is 16 years old. Delivered to the hospital by an ambulance brigade from the fall-off site in an unconscious state. According to the medical workers who arrived at the scene of the tragedy, the girl, having locked herself in the room, jumped out of the window of the apartment on the sixth floor. Examination on the inner surface of the left forearm revealed superficial cuts from different periods of time (the most recent judging by the appearance of the wounds were made about ten days ago). During the clinical ion beam examination the following injuries were diagnosed: fractures of the bones of the left forearm, sternum, Th<sub>IV</sub> thoracic, L<sub>I</sub>, L<sub>II</sub>, L<sub>V</sub> lumbar vertebrae with deformity of the spinal canal, traumatic brain injury. The skin of the right (dominant) hand and other areas of the body skin do not have signs of previous injuries (at the time the article was written, the patient was on a ventilator, no contact was possible).

**Заключение.**

Самопорезы – наиболее частая форма умышленных повреждений, характеризуются высокой склонностью к неоднократному повторению, могут совершаться по несуйцидальным и суйцидальным мотивам. При значительной распространении в популяции, преимущественно среди подростков и лиц женского пола, только небольшая часть этой категории пострадавших обращается за медицинской помощью, часто ограниченной лишь оказанием хирургического пособия. Между тем, данная форма девиантного поведения ассоциируется с высоким суйцидальным риском в будущем или является текущим этапом его реализации. Поэтому в клинической практике при обращении за медицинской помощью человека с самопорезами выявление преднамеренного характера повреждений и суйцидальных мотивов имеет важное значение для проведения индивидуальных мер суйцидальной превенции как в период пребывания в стационаре, так и на последующих этапах наблюдения. В качестве приоритетных задач совершенствования работы хирургического стационара с лицами, совершающими самопорезы, могут быть отмечены: повышение уровня подготовки специалистов (врачи и средний медицинский персонал) в области суйцидологии и девиантного поведения, организация профильных баз регистрации и учёта случаев самоповреждений (регистров).

**Conclusion.**

Self-cuts as the most common form of intentional injuries are characterized by a high probability of recurrence and can be committed with and without suicidal motives. With a significant distribution in the population, mostly among adolescents and females, only a small portion of this category of victims seek medical help which is often limited to the surgical aid provision only. Nevertheless, this form of deviant behavior is associated with a high suicidal risk in the future or can even be its current stage. Therefore, in clinical practice, when a person with self-cuts is seeking medical help it is important to identify the deliberate nature of injuries and suicidal motives in order to be able to take individual suicidal prevention measures both during the period of hospital stay and at subsequent stages of observation. As priority tasks for improving the work of surgical departments with persons inflicting self-cuts, the following can be noted: increasing the level of training of specialists (doctors and nurses) in the field of suicidology and deviant behavior, organizing specialized databases for registration and accounting of cases of self-harm (registers).

Литература / Reference:

1. Rabi S., Sulochana J., Pawan S. Self-inflicted Cut Injury as Common Method of Deliberate Self Harm: A Retrospective Study from Nepal. *Indian J Psychol Med.* 2017 Sep-Oct; 39 (5): 579-583. DOI: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM\_438\_16
2. Hamza C.A., Stewart S.L., Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev.* 2012 Aug; 32 (6): 482-495. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.05.003
3. Cipriano A., Cella S., Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Front Psychol.* 2017 Nov 8; 8: 1946. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01946
4. 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)
5. Зотов П.Б., Бузык О.Ж., Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П. Способы завершённых суйцидов: сравнительный аспект. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2018; 3 (100): 62-66. [Zotov P.B., Buzik O.Zh., Umansky M.S., Khokhlov

- M.S., Zotova E.P. Methods of completed suicides: a comparative aspect. *Siberian Bulletin of psychiatry and narcology*. 2018; 3 (100): 62–66.] (In Russ)
6. Миронец Е.Н., Петров Г.П. Медико-статистический анализ завершённых суицидов в Чувашской республике за 1992–1996 гг. *Проблемы экспертизы в медицине*. 2001; 1 (3): 30–32. [Mironets E.N., Petrov G.P. Medical and statistical analysis of completed suicides in the Chuvash Republic for 1992-1996. *Problems of expertise in medicine*. 2001; 1 (3): 30–32.] (In Russ)
  7. Торкунов П.А., Положий Б.С., Рыбакина А.В., Рагозина Н.П., Литус С.Н., Шабанов П.Д., Земляной А.В. Анализ суицидальной активности жителей Псковской области и факторов, влияющих на её динамику. *Девантология*. 2020; 4 (1): 33-44. [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) DOI: 10.32878/devi.20-4-01(6)-33-44
  8. Чубина С.А., Антипова Н.М., Куликов А.Н. Клинико-эпидемиологический анализ суицидального поведения в тульской области. *Мат. XVI Съезда психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы"*. Тула, Москва: ООО «Альта Астра», 2015. С. 922. [Chubina S.A., Antipova N.M., Kulikov A.N. Clinical and epidemiological analysis of suicidal behavior in the Tula region. *Mat. XVI Congress of psychiatrists of Russia. All-Russian scientific and practical conference with international participation "Psychiatry at the stages of reform: problems and prospects"*. Tula, Moscow: Alta Astra LLC, 2015. P. 922.] (In Russ)
  9. 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)
  10. Ворсина О.П. Суицидальные попытки детей и подростков, госпитализированных в психиатрический стационар г. Иркутска. *Уральский медицинский журнал*. 2011; 11 (89): 5-7. [Vorsina O.P. Suicide attempts of the children and adolescents psychiatric hospital in Irkutsk. *Ural medical journal*. 2011; 11 (89): 5-7.] (In Russ)
  11. Зарипова Г., Кадеров А. Суицидальные тенденции в поведении несовершеннолетних. *Законность*. 2007; 10 (876): 40-42. [Zaripova G., Kaderov A. Suicidal tendencies in the behavior of children. *Legality*. 2007; 10 (876): 40-42.] (In Russ)
  12. Штаньков С.И., Мытыга П.Г., Голышев В.Ю., Малева С.С. Особенности поведения суицидентов в г. Воронеже. *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. 2019; 76: 33-38. [Stankov S.I., Motiga P.G., Golyshch V.Y., Maleva S.S. Behaviors of suicides in the city of Voronezh. *Scientific and medical Bulletin of the Central Chernozeem region*. 2019; 76: 33-38.] (In Russ)
  13. 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.
  14. Cusick T.E., Chang F.C., Woodson T.L., Helmer S.D. 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.
  15. Bittner J.G. 4<sup>th</sup>, 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.
  16. 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
  17. Gillies D., Christou M.A., Dixon A.C., Featherston O.J., Rapti I., Garcia-Anguita A., Villasis-Keever M., Reebye P., Christou E., Al Kabir N., Christou P.A. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Oct; 57 (10): 733-741. DOI: 10.1016/j.jaac.2018.06.018
  18. Bježančević M., Groznica Hržić I., Dodig-Čurković K. Self-Injury in Adolescents: A Five-Year Study of Characteristics and Trends. *Psychiatr Danub*. 2019 Dec; 31 (4): 413-420. DOI: 10.24869/psyd.2019.413
  19. Tsiachristas A., Geulayov G., Casey D., Ness J., Waters K., Clements C., Kapur N., McDaid D., Brand F., Hawton K. Incidence and general hospital costs of self-harm across England: estimates based on the multicentre study of self-harm. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020 Mar 12; 29: e108. DOI: 10.1017/S2045796020000189
  20. Corcoran P., Griffin E., O'Carroll A., Cassidy L., Bonner B. Hospital-Treated Deliberate Self-Harm in the Western Area of Northern Ireland. *Crisis*. 2016 Jun; 36 (2): 83-90. DOI: 10.1027/0227-5910/a000301
  21. Jacobson C.M., Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2007; 11 (2): 129-147. DOI: 10.1080/13811110701247602
  22. Brunner R., Kaess M., Parzer P., Fischer G., Carli V., Hoven C.W., Wasserman C., Sarchiapone M., Resch F., Apter A., Balazs J., Barzilay S., Bobes J., Corcoran P., Cosmann D., Haring C., Iosuec M., Kahn J.P., Keeley H., Meszaros G., Nemes B., Podlogar T., Postuvan V., Saiz P.A., Sisask M., Tubiana A., Varnik A., Wasserman D. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014 Apr; 55 (4): 337-348. DOI: 10.1111/jcpp.12166
  23. Lewis S.P., Heath N.L., St Denis J.M., Noble R. The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics*. 2011 Mar; 127 (3): e552-7. DOI: 10.1542/peds.2010-2317
  24. Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С., Вихристюк О.В., Летова А.В., Баженова М.Д. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3): 42-68. [Bannikov G.S., Fedunina N.Y., Pavlova T.S., Vikhristyuk O.V., Letova A.V., Bazhenova M.D. Mechanisms of Self-Harm Behavior in Non-Clinical Adolescent Population: The Results of Monitoring in Moscow Schools. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2016; 24 (3): 42-68.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.20162403004
  25. Ystgaard M., Reinholdt N.P., Husby J., Mehlum L. Deliberate self harm in adolescents. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2003 Aug 28; 123 (16): 2241-2245.
  26. Morey C., Corcoran P., Arensman E., Perry I. The prevalence of self-reported deliberate self harm in Irish adolescents. *J. BMC Public Health*. 2008 Feb 28; 8: 79. DOI: 10.1186/1471-2458-8-79
  27. Horváth O.L., Mészáros G., Balázs J. Non-suicidal self-injury in adolescents: current issues. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2015 Mar; 17 (1): 14-22.
  28. Cheung Y.T., Wong P.W., Lee A.M., Lam T.H., Fan Y.S., Yip P.S. Non-suicidal self-injury and suicidal behavior: prevalence, co-occurrence, and correlates of suicide among adolescents in Hong Kong. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013 Jul; 48 (7): 1133-1144. DOI: 10.1007/s00127-012-0640-4
  29. Kidger J., Heron J., Lewis G., Evans J., Gunnell D. Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England. *BMC Psychiatry*. 2012 Jun 27; 12: 69. DOI: 10.1186/1471-244X-12-69
  30. Liang S., Yan J., Zhang T., Zhu C., Situ M., Du N., Fu X., Huang Y. Differences between non-suicidal self-injury and suicide attempt in Chinese adolescents. *Asian J Psychiatry*. 2014 Apr; 8: 76-83. DOI: 10.1016/j.ajp.2013.11.015
  31. Doshi A., Boudreaux E.D., Wang N., Pelletier A.J., Camargo C.A. National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Jr. Ann Emerg Med*. 2005 Oct; 46 (4): 369-375. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2005.04.018
  32. De Leo D., Heller T.S. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Med J Aust*. 2004 Aug 2; 181 (3): 140-144.
  33. Geulayov G., Casey D., McDonald K.C., Foster P., Pritchard K., Wells C., Clements C., Kapur N., Ness J., Waters K., Hawton K. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *Lancet Psychiatry*. 2018 Feb; 5 (2): 167-174. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30478-9



34. Cwik M.F., Barlow A., Tingey L., Larzelere-Hinton F., Goklish N., Walkup J.T. Nonsuicidal self-injury in an American Indian reservation community: results from the White Mountain Apache surveillance system, 2007-2008. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Sep; 50 (9): 860-869. DOI: 10.1016/j.jaac.2011.06.007
35. Madge N., Hewitt A., Hawton K., de Wilde E.J., Corcoran P., Fekete S., van Heeringen K., De Leo D., Ystgaard M. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Jun; 49 (6): 667-677. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
36. Matsumoto T., Imamura F., Chiba Y., Katsumata Y., Kitani M., Takeshima T. Prevalences of lifetime histories of self-cutting and suicidal ideation in Japanese adolescents: differences by age. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Jun; 62 (3): 362-364. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2008.01807.x
37. Gmitrowicz A., Kostulski A., Kropiwnicki P., Zalewska-Janowska A. Cutaneous deliberate self-harm in Polish school teenagers – an inter-disciplinary challenge. *Acta Derm Venereol*. 2014 Jul; 94 (4): 448-453. DOI: 10.2340/00015555-1690
38. Corcoran P., Reulbach U., Perry I.J., Arensman E. Suicide and deliberate self harm in older Irish adults. *Int Psychogeriatr*. 2010 Dec; 22 (8): 1327-1336. DOI: 10.1017/S1041610210001377
39. Cho J., Choi Y. Patterns of wrist cutting: A retrospective analysis of 115 suicide attempts. *Arch Plast Surg*. 2020 May; 47 (3): 250-255. DOI: 10.5999/aps.2020.00059
40. Руженков В.А., Лобов Г.А., Боева А.В. Аутодеструктивное поведение подростков мужского пола (клиника, классификация, прогноз). *Психическое здоровье*. 2009; 7 (10-41): 30-35. [Ruzhenkov V.A., Lyubov E.A., Boeva A.V. Autodestructive behavior of male adolescents (clinic, classification, prognosis). *Mental health*. 2009; 7 (10-41): 30-35.] (In Russ)
41. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., Данилова Л.Ю., Грачев В.В. Клинические аспекты несуицидального самоповреждающего поведения (НСП) у подростков. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2017; 17 (S2): 137-138. [Levkovska O.B., Shevchenko Yu.S., Danilova L.Yu., Grachev V.V. Clinical aspects of non-suicidal self-injuring behavior (NSP) in adolescents. *Mental health issues for children and adolescents*. 2017; 17 (S2): 137-138.] (In Russ)
42. Лукашук А.В., Меринов А.В. Самоповреждения у подростков: подходы к терапии. *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2016; 2: 67-71. [Lukashuk A.V., Merinov A.V. Self-harm in adolescents: approaches to therapy. *Eruditio Juvenium*. 2016; 2: 67-71.] (In Russ)
43. Гайворонская Е.Б., Борисенко К.О., Ширяев О.Ю. Факторы риска развития суицидального поведения в детском и подростковом возрасте. *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2018; 21 (2): 18-22. [Gayvoronskaya E.B., Borisenko K.O., Shiryaev O.Yu. Risk factors of the suicidal behavior development at the children's and adolescent age. *Applied information aspects of medicine*. 2018; 21 (2): 18-22.] (In Russ)
44. Quarshie E.N., Waterman M.G., House A.O. Self-harm with suicidal and non-suicidal intent in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2020 May 14; 20 (1): 234. DOI: 10.1186/s12888-020-02587-z
45. Hawton K., Harriss L., Simkin S., Bale E., Bond A. Self-cutting: patient characteristics compared with self-poisoners. *Suicide Life Threat Behav*. 2004 Autumn; 34 (3): 199-208. DOI: 10.1521/suli.34.3.199.42776
46. Chen V.C., Tan H.K., Cheng A.T., Chen C.Y., Liao L.R., Stewart R., Dewey M., Prince M. Non-fatal repetition of self-harm: population-based prospective cohort study in Taiwan. *Br J Psychiatry*. 2010 Jan; 196 (1): 31-35. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.067009
47. Hawton K., Bergen H., Kapur N., Cooper J., Steeg S., Ness J., Waters K. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Dec; 53 (12): 1212-1219. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x
48. Steeg S., Quinlivan L., Nowland R., Carroll R., Casey D., Clements C., Cooper J., Davies L., Knipe D., Ness J., O'Connor R.C., Hawton K., Gunnell D., Kapur N. Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. *BMC Psychiatry*. 2018 Apr 25; 18 (1): 113. DOI: 10.1186/s12888-018-1693-z
49. Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002 Sep; 181: 193-199. DOI: 10.1192/bjp.181.3.193
50. Kwok C.L., Yip P.S., Gunnell D., Kuo C.J., Chen Y.Y. Non-fatal repetition of self-harm in Taipei City, Taiwan: cohort study. *Br J Psychiatry*. 2014; 204: 376-382. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.130179
51. Bennardi M., McMahon E., Corcoran P., Griffin E., Arensman E. Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young adults. *BMC Psychiatry*. 2016 Nov 24; 16 (1): 421. DOI: 10.1186/s12888-016-1120-2
52. Larkin C., Corcoran P., Perry I., Arensman E. Severity of hospital-treated self-cutting and risk of future self-harm: a national registry study. *J Ment Health*. 2014 Jun; 23 (3): 115-119. DOI: 10.3109/09638237.2013.841867
53. Jeong S.H., Gu J.H., Kim W.K. Analysis of Self-Inflicted Lacerations to the Wrist: A Multi-Disciplinary Approach to Treating. *J Hand Surg Asian Pac Vol*. 2020 Mar; 25 (1): 47-53. DOI: 10.1142/S242483552050006X
54. Hawton K., Bale L., Brand F., Townsend E., Ness J., Waters K., Clements C., Kapur N., Geulayov G. Mortality in children and adolescents following presentation to hospital after non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a prospective observational cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Feb; 4 (2): 111-120. DOI: 10.1016/S2352-4642(19)30373-6
55. Oumaya M., Friedman S., Pham A., Abou Abdallah T., Guelfi J.D., Rouillon F. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *Encephale*. 2008 Oct; 34 (5): 452-458. DOI: 10.1016/j.encep.2007.10.007
56. Lahti A., Harju A., Hakko H., Riala K., Räsänen P. Suicide in children and young adolescents: a 25-year database on suicides from Northern Finland. *J Psychiatr Res*. 2014 Nov; 58: 123-128. DOI: 10.1016/j.jpsy.2014.07.020
57. Quinn P., Surgenor P., McGilloway S. An exploratory service-based study of Deliberate Self-Harm (DSH) in Ireland: 'A hidden population'? *Ir Med J*. 2017 May 10; 110 (5): 561.
58. Rodham K., Hawton K., Evans E. Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Jan; 43 (1): 80-87. DOI: 10.1097/00004583-200401000-00017
59. Brausch A.M., Muehlenkamp J. Body image and suicidal ideation in adolescents. *J Body Image*. 2007 Jun; 4 (2): 207-212. DOI: 10.1016/j.bodyim.2007.02.001
60. Bresin K., Gordon K.H. Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: a mechanism of affect regulation. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013 Mar; 37 (3): 374-383. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2013.01.020
61. Kądziała-Olech H., Zak G., Kalinowska B., Wągrowcka A., Perestret G., Bielawski M. The prevalence of Non-suicidal Self-Injury (NSSI) among high school students in relation to age and sex. *Psychiatr Pol*. 2015; 49 (4): 765-778. DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/3
62. Matsumoto T., Yamaguchi A., Chiba Y., Asami T., Iseki E., Hirayasu Y. Patterns of self-cutting: a preliminary study on differences in clinical implications between wrist- and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004 Aug; 58 (4): 377-382. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2004.01271.x
63. Kim J., Kim H.J., Kim S.H., Oh S.H., Park K.N. Analysis of Deliberate Self-Wrist-Cutting Episodes Presenting to the Emergency Department. *Crisis*. 2016 Mar; 37 (2): 155-160. DOI: 10.1027/0227-5910/a000361
64. Laukkanen E., Rissanen M.L., Tolmunen T., Kylmä J., Hintikka J. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Aug; 22 (8): 501-510. DOI: 10.1007/s00787-013-0390-1
65. Kisch T., Matzkeit N., Waldmann A., Stang F., Krämer R., Schweiger U., Mailänder P., Westermair A.L. The Reason Matters: Deep Wrist Injury Patterns Differ with Intentionality (Accident versus Suicide Attempt). *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2019 May 1; 7 (5): e2139. DOI: 10.1097/GOX.0000000000002139

66. 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
67. Csorba J., Dinya E., Plener P., Nagy E., Páli E. Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009 May; 18 (5): 309-320. DOI: 10.1007/s00787-008-0733-5
68. 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
69. Скрябин Е.Г., Зотов П.Б. Основные характеристики умышленных самопорезов у детей и подростков в Тюмени (Западная Сибирь). *Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (3): 62-64. [Skryabin E.G., Zotov P.B. Main characteristics of intentional self-cutting in children and adolescents in Tyumen (Western Siberia). *Academic journal of Western Siberia.* 2020; 16 (3): 62-64.] (In Russ)
70. Gardner K.J., Bickley H., Turnbull P., Kapur N., Taylor P., Clements C. The significance of site of cut in self-harm in young people. *J Affect Disord.* 2020 Apr 1; 266: 603-609. DOI: 10.1016/j.jad.2020.01.093
71. Fujioka M., Murakami C., Masuda K., Doi H. Evaluation of superficial and deep self-inflicted wrist and forearm lacerations. *J Hand Surg Am.* 2012 May; 37 (5): 1054-1058. DOI: 10.1016/j.jhsa.2011.12.040
72. Ersen B., Kahveci R., Saki M.C., Tunali O., Aksu I. Analysis of 41 suicide attempts by wrist cutting: a retrospective analysis. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2017 Feb; 43 (1): 129-135. DOI: 10.1007/s00068-015-0599-4
73. Park H.Y., Kim Y.C., Park S.C., Cho Y.J., Sur Y.J. Comparison of the demographic and wound characteristics of non-suicidal and suicidal self-wrist cutting injuries. *Medicine (Baltimore).* 2020 Feb; 99 (8): e19298. DOI: 10.1097/MD.00000000000019298
74. 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
75. Ваулин С.В., Алексеева М.В., Моренец 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)
76. Ohshima T., Kondo T. Eight cases of suicide by self-cutting or -stabbing: consideration from medico-legal viewpoints of differentiation between suicide and homicide. *J Clin Forensic Med.* 1997 Sep; 4 (3): 127-132. DOI: 10.1016/s1353-1131(97)90092-4
77. 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): 861-864.
78. Ventura F., Bonsignore A., Gallo M., Portunato F., De Stefano F. A fatal case of suicidal stabbing and cutting. *J Forensic Leg Med.* 2010 Apr; 17 (3): 120-122. DOI: 10.1016/j.jflm.2009.12.006
79. Arensman E., Larkin C., Corcoran P., Reulbach U., Perry I. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. *J Eur J Public Health.* 2014 Apr; 24 (2): 292-297. DOI: 10.1093/eurpub/ckt087
80. Barrett P., Griffin E., Corcoran P., O'Mahony M.T., Arensman E. Self-harm among the homeless population in Ireland: A national registry-based study of incidence and associated factors. *J Affect Disord.* 2018 Mar 15; 229: 523-531. DOI: 10.1016/j.jad.2017.12.040
81. Maloney C., Shah S., Ferguson D.G. Acute management of the self-cutter. *Arch Emerg Med.* 1987 Mar; 4 (1): 39-45. DOI: 10.1136/emj.4.1.39
82. Hintikka J., Tolmunen T., Rissanen M.L., Honkalampi K., Kylmä J., Laukkanen E. Mental disorders in self-cutting adolescents. *J Adolesc Health.* 2009 May; 44 (5): 464-467. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2008.10.003
83. Takeuchi T., Koizumi J., Kotsuki H., Shimazaki M., Miyamoto M., Sumazaki K. A clinical study of 30 wrist cutters. *Jpn J Psychiatry Neurol.* 1986 Dec; 40 (4): 571-581. DOI: 10.1111/j.1440-1819.1986.tb03171.x
84. Любов Е.Б., Куликов А.Н. Интернет и суицидальное поведение членов общества самопомощи психических больных. *Независимый психиатрический журнал.* 2019; 1: 27-29. [Lyubov Ye.B., Kulikov A.N. Internet and suicidal behavior of members of the society for the self-help of the mentally ill. *Independent psychiatric journal.* 2019; 1: 27-29. (In Russ)]
85. Mars B., Heron J., Biddle L., Donovan J.L., Holley R., Piper M., Potokar J., Wyllie C., Gunnell D. Exposure to, and searching for, information about suicide and self-harm on the Internet: Prevalence and predictors in a population based cohort of young adults. *J Affect Disord.* 2015 Oct 1; 185: 239-245. DOI: 10.1016/j.jad.2015.06.001
86. Спадерова Н.Н., Кузнецов П.В., Медведева И.В., Горохова О.В. "Игра со смертью" по данным посмертных комплексных психолого-психиатрических экспертиз ГБУЗ ТО "Областная клиническая психиатрическая больница", г. Тюмень. *Тюменский медицинский журнал.* 2018; 20 (2): 26-29. [Spaderova N.N., Kuznetsov P.V., Medvedeva I.V., Gorokhova O.V. "The game of death" according to a comprehensive post-mortem psychological and psychiatric examinations at Regional clinical mental hospital, Tyumen, Russia. *Tyumen Medical Journal.* 2018; 20 (2): 26-29.] (In Russ)
87. Hawton K., Harriss L., Rodham K. How adolescents who cut themselves differ from those who take overdoses. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010 Jun; 19 (6): 513-523. DOI: 10.1007/s00787-009-0065-0
88. Lavis A., Winter R. #Online harms or benefits? An ethnographic analysis of the positives and negatives of peer-support around self-harm on social media. *J Child Psychol Psychiatry.* 2020 Aug; 61 (8): 842-854. DOI: 10.1111/jcpp.13245.
89. Польская Н.А., Якубовская Д.К. Влияние социальных сетей на самоповреждающее поведение у подростков. *Консультативная психология и психотерапия.* 2019; 27 (3): 156-174. [Polskaya N.A., Yakubovskaya D.K. The Impact of Social Media Platforms on Self-Injurious Behavior in Adolescents. *Counseling Psychology and Psychotherapy.* 2019; 27 (3): 156-174.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.20192703010
90. Horowitz L.M., Ballard E.D., Pao M. Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Curr Opin Pediatr.* 2009 Oct; 21 (5): 620-627. DOI: 10.1097/MOP.0b013e3283307a89
91. King C.A., O'Mara R.M., Hayward C.N., Cunningham R.M. Adolescent suicide risk screening in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2009 Nov; 16 (11): 1234-1241. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2009.00500.x
92. Bergen H., Hawton K., Waters K., Cooper J., Kapur N. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England: 2000-2007. *Br J Psychiatry.* 2010 Dec; 197 (6): 493-498. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.077651
93. Bateman D.N., Gorman D.R., Bain M., Inglis J.H.C., House F.R., Murphy D. Legislation restricting Paracetamol sales and patterns of self-harm and death from paracetamol-containing preparations in Scotland. *Br J Clin Pharmacol.* 2006; 62 (5): 573-581. DOI: 10.1111/j.1365-2125.2006.02668.x
94. Morthorst B.R., Erlangsen A., Nordentoft M., Hawton K., Hoegberg L.C.G., Dalhoff K.P. Availability of Paracetamol sold over the counter in Europe: a descriptive cross-sectional international survey of pack size restriction Basic. *Clin Pharmacol Toxicol.* 2018; 122 (6): 643-649. DOI: 10.1111/bcpt.12959
95. Hawton K., Bergen H., Simkin S., Dodd S., Pocock P., Bernal W., Gunnell D., Kapur N. Long term effect of reduced pack sizes of Paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ.* 2013; 346: f403. DOI: 10.1136/bmj.f403
96. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Суицидология в учебе и практике медицинского персонала. *Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (3): 31-34. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Suicidology in the study and practice of medical personnel. *Academic journal of Western Siberia.* 2020; 16 (3): 31-34.] (In Russ)

## INTENTIONAL SUICIDAL AND NON-SUICIDAL SELF-CUTTING IN CLINICAL PRACTICE

E.G. Skryabin, P.B. Zotov, M.A. Akselrov,  
I.A. Troshina, L.I. Reikher, t,  
Yu.A. Petrova, A.G. Buhna

Regional clinical hospital № 2, Tyumen, Russia; skryabineg@mail.ru  
Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru  
Tyumen industrial University, Tyumen, Russia; pimtmn@mail.ru

### Abstract:

Self-inflicted cuts are a common form of injury in the population, most of which do not require medical intervention. However, direct external damage to the skin and soft tissues is not always accidental. Cuts to one's own body can also be committed intentionally, both with and without suicidal motives. The aim of this research was to study the main characteristics of persons who committed deliberate self-cuts with and without suicidal motive based on an analysis of literature data and using authors' own clinical experience. Results: In Russia, the share of self-injuries in the structure of suicide methods in individual regions ranges from 0.7 to 8.3%. Among suicide attempters this indicator is significantly higher reaching 54.5% for men and 38.5% for women. The frequency of cuts among those died by suicide and attempted suicide is at least 10 times different. Among those admitted to the hospital after a suicidal attempt, the proportion of those committed self-cuts can reach 34-44%. The highest rates of self-cut prevalence are associated with intentional non-suicidal injuries (NSSI) and are most often recorded during adolescence: in Russia it is about 17%, in European countries and the USA it ranges from 17.1 to 46.5%. Females predominate. Self-cutting is characterized by repeated repetition, including over a long period. More often self-cutting is done without suicidal motive, but their presence dramatically increases the risk of dying from suicide within the coming year (for adolescents it exceeds the average more than 30 times). In those seeking medical help, forearm cuts of various depths in the area of superficial veins prevail. Lesions of the non-dominant hand prevail (94.5%), more often multiple (78.6%). Every fifth person (19.1%) has scars from cuts inflicted earlier. Up to 40% of cuts are made in places hidden from outside view, and are usually associated with previous self-harm. Risk factors for deliberate self-harm are similar in many ways to other forms of NSSI: female, adolescence or young age, emotional disturbances, low self-esteem, anxiety and impulsivity, sexual, emotional and physical abuse, deliberate self-harm committed by friends, single-parent family, deliberate self-harm in a family, and additionally for adults – living in the city, no fixed place of residence. Alcohol is detected in only 16-22% of victims, but its use is associated with more severe cut wounds and significantly increases the risk of suicide. With self-cuts, medical attention is usually limited to the surgical component, but surgeons are often unable to assess patients' suicidal intentions based on the characteristics of the wound. Therefore, it is important that they initiate a psychiatric consultation. In working with this contingent, a multidisciplinary approach is proposed, which includes four stages: 1. Initial assessment. 2. Psychological interview. 3. Surgical aid. 4. Rehabilitation. The authors cite observations from their own clinical practice as illustrations. It is concluded that it is necessary to increase the level of training of medical personnel in the field of suicidology and deviant behavior, as well as to organize specialized databases for registration and registration of cases of self-injury (registers).

*Key words:* self-cutting, self-harm, non-suicidal self-harm, deviant behavior, suicide, suicidal behavior, clinical observations of self-cutting, Tyumen, Western Siberia

### Вклад авторов:

*Е.Г. Скрябин:* разработка дизайна исследования, описание клинических наблюдений, написание и редактирование текста рукописи;  
*П.Б. Зотов:* обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;  
*М.А. Аксельров:* описание клинических наблюдений, написание текста рукописи;  
*И.А. Трошина:* обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;  
*Л.И. Рейхерт:* обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;  
*Ю.А. Петрова:* обзор публикаций по теме статьи, перевод текста;  
*А.Г. Бухна:* обзор публикаций по теме статьи.

### Authors' contributions:

*E.G. Skryabin:* developing the research design, description of clinical observations, article writing, article editing;  
*P.B. Zotov:* reviewing of publications, article writing, article editing;  
*M.A. Akselrov:* description of clinical observations, article writing;  
*I.A. Troshina:* reviewing of publications of the article's theme, article writing;  
*L.I. Reikher, t:* reviewing of publications of the article's theme, article writing;  
*Yu.A. Petrova:* reviewing of publications of the article's theme, text translation;  
*A.G. Buhna:* 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: 06.07.2020. Принята к публикации / Accepted for publication: 26.09.2020.

Для цитирования: Скрябин Е.Г., Зотов П.Б., Аксельров М.А., Трошина И.А., Рейхерт Л.И., Петрова Ю.А., Бухна А.Г. Преднамеренные самопорезы с суицидальной и несуйцидальной целью в клинической практике. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 130-147. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-130-147

For citation: Skryabin E.G., Zotov P.B., Akselrov M.A., Troshina I.A., Reikher, t L.I., Petrova Y.A., Buhna A.G. Intentional suicidal and non-suicidal self-cutting in clinical practice. *Suicidology*. 2020; 11 (3): 130-147. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-130-147

## 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](http://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 полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац». Не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab. Десятичные дроби следует писать через запятую. 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 приставленным 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 также 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](mailto:note72@yandex.ru)

После принятия статьи в печать направляются письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Суицидология».