

Суицидология

научно-практический журнал

№ 4 2025



ISSN 2224-1264



9 772224 126002

Suicidology

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ

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

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

16+

Содержание

<i>О.В. Фельсендорфф, В.А. Розанов</i> Миграция, мигранты и суицид: краткий нарративный обзор иностранных исследований	3
<i>А.В. Меринов</i> Декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения. Часть II. Контр-суицидальная система, контр-суицидальные блоки	27
<i>В.А. Козлов, А.В. Голенков, Е.С. Деомидов</i> Длина теломер как маркер склонности к совершению суицида	56
<i>Е.Б. Любов</i> Одиночество и суицидальное поведение. Часть II: сады одиночеств	75
<i>В.Д. Евсеев</i> Интегральная модель факторов риска несуицидального самоповреждающего поведения у лиц призывного возраста неклинической популяции	104
<i>Е.Р. Гурулёва, А.В. Меринов</i> Суицидологическая характеристика молодых женщин и мужчин с нервной булимией: систематический обзор	122
<i>П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, М.С. Матейкович, А.М. Сульдин, В.В. Созонюк, А.В. Белозерова, Е.А. Алексеева</i> Суицидальное поведение сотрудников строительной отрасли	140

EDITOR IN CHIEF

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

RESPONSIBLE SECRETARY

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

EDITORIAL COLLEGE

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

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

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

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

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

J. Korkeila, PhD, prof. (Finland)

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

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

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

R.A. Mahesar, MS (Pakistan)

I.H. Mäkinen, PhD, prof. (Sweden)

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

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

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

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

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

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

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

M. Sarchiapone, MD, prof. (Italy)

N. Seppälä, MD, PhD (Finland)

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

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

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

Журнал «Суицидология»

включен в:

1) Российский индекс научного
цитирования (ядро РИНЦ)

2) RSCI (elibrary.ru)

3) Белый список РЦИ

4) Базы ВИНТИ

5) международную систему
цитирования Web of Science
(ESCI)

6) EBSCO Publishing

Учредитель и издатель:

ООО «М-ЦЕНТР», 625048,
Тюмень, ул. Шиллера, 34-1-10

Телефон: (3452) 73-27-45

E-mail: note72@yandex.ru

ISSN 2224-1264

A.B. Kholmogorova, A.M. Ermakova, D.S. Trukhina
Факторы риска и факторы-протекторы
эмоциональной дезадаптации и суицидального
поведения в подростковом возрасте 157

Contents

O.V. Felsendorff, V.A. Rozanov
Migration, migrants and suicide: a brief narrative
review of the foreign studies 3

A.V. Merinov
The decompensatory (minus) model of suicidal
behavior. Part II. Counter-suicidal system.
Counter-suicidal blocks 27

V.A. Kozlov, A.V. Golenkov, E.S. Deomidov
Telomere length as a suicide probability marker 56

E.B. Lyubov
Loneliness and suicidal behavior: historical aspect and
definitions. Part III: Gardens of Solitude 75

V.D. Evseev
An integral model of risk factors for nonsuicidal
self-injurious behavior among nonclinical adolescent
males of draft age 104

E.R. Gurulyova, A.V. Merinov
Suicidality in young women and men with nervous
bulimia: a systematic review 122

*P.B. Zotov, E.B. Lyubov, M.S. Mateikovitch, A.M. Suldin,
V.V. Sozonyuk, A.V. Belozeroва, E.A. Alekseeva*
Suicidal behavior among construction industry
employees 140

A.B. Kholmogorova, A.M. Ermakova, D.S. Trukhina
Risk factors and protective factors of emotional
maladaptation and suicidal behavior in adolescence 157

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

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

Сайт журнала: <https://суицидология.рф/> <https://suicidology.ru/>

Интернет-ресурсы: www.elibrary.ru, <https://readera.ru/suicidology>

При перепечатке материалов ссылка на журнал "Суицидология" обязательна.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.

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

Заказ № 507. Тираж 1000 экз. Дата выхода в свет: 30.12.2025 г. Цена свободная.

МИГРАЦИЯ, МИГРАНТЫ И СУИЦИД: КРАТКИЙ НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР ИНОСТРАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

О.В. Фельсендорфф¹, В.А. Розанов^{1,2}

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия
ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург, Россия

MIGRATION, MIGRANTS AND SUICIDE: A BRIEF NARRATIVE REVIEW OF THE FOREIGN STUDIES

O.V. Felsendorff¹, V.A. Rozanov^{1,2}

¹St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

²V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

Сведения об авторах:

Фельсендорфф Ольга Владимировна – кандидат психологических наук (ORCID iD: 0000-0001-5986-5138). Место работы и должность: старший преподаватель кафедры кризисных и экстремальных ситуаций ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6. Телефон: +7 (812) 324-25-74

Розанов Всеволод Анатоліевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1978-9868; ResearcherID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Место работы и должность: и.о. заведующего кафедрой психологии кризисных и экстремальных ситуаций ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6; Главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических состояний и психотерапии ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». Адрес: Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3. Телефон: +7 (812) 324-25-74, электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

В современном мире интенсивность миграционных процессов нарастает, в них уже вовлечены сотни миллионов людей. Во многих суицидологических руководствах статус иммигранта рассматривается как фактор риска суицида. Однако мигранты – неоднородная группа, их мотивы разнообразны, а последствия в плане психического здоровья и суицидального поведения неоднозначны. *Методика.* Проведён поиск в отечественных и международных базах данных по проблеме суицидов среди мигрантов. Обработано 35 источников из западных стран. *Результаты.* Проблема суицидального поведения среди мигрантов наиболее активно изучается в странах западного мира, куда в основном направлены международные потоки мигрантов из стран с более низким экономическим уровнем. Исследования показывают, что при значительном разнообразии распространённости суицидальных мыслей, попыток и завершённого суицида, чаще всего иммигранты подвержены им в той степени, в какой он присущ их странам исхода. В силу этого иммигранты, например, из стран арабского востока в Западно-Европейских странах имеют более низкие показатели по сравнению с местным населением, а иммигранты из стран бывшего СССР – относительно высокие. Иногда эта закономерность просматривается только в первом поколении, в то время как во втором уровне начинают приближаться к характерным для принимающей культуры. Наиболее подвержены риску подростки и молодёжь, которые сильнее всего вовлечены в глобальный информационный контекст. Ситуация в различных принимающих странах зависит от миграционной политики, статуса мигранта (беженцы, нелегальные мигранты, получившие убежище или легализовавшие свой статус), а также от исторически сформировавшегося отношения к миграции. *Заключение.* Проблема суицидального поведения среди мигрантов наиболее активно изучается в странах западного мира. Международный опыт представляет интерес для нас главным образом с точки зрения используемой методологии исследований, а также в контексте оценки нагрузки на имеющиеся ресурсы психологической и психиатрической помощи.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицида, миграция, мигранты, факторы риска, протективные факторы

«Вопрос о самоубийстве – один из самых беспокойных и мучительных в русской эмиграции»
«Самоубийство есть психологическое явление и, чтобы понять его, нужно понять душевное состояние человека, который решил покончить с собой»
Н.А. Бердяев

Международная организация по миграции (МОМ) при ООН в своём докладе «Всемирная

миграция в 2024 году» недавно проинформировала, что в настоящее время общее число международных мигрантов достигло отметки в 281 миллион человек, а количество перемещённых лиц возросло до 117 миллионов [1]. В докладе международная миграция рассматривается как фактор, стимулирующий человеческое развитие и экономический рост, и делается акцент на

том, что большая часть миграционных процессов носит организованный и безопасный характер и предоставляет доступ к новым возможностям и средствам существования. В то же время, отмечается, что резко увеличилось число нелегальных мигрантов. Объём международного финансирования в данной сфере значительно увеличился за последние десятилетия: со 128 млрд долларов в 2000 году до 831 млрд 2022 году [1].

В то же время, из истории русской эмиграции, а также из современных исследований, посвящённых психосоциальным проблемам мигрантов, тревожной и неоднозначной выглядит проблема суицидов среди них [2, 3]. В большинстве руководств по суицидологии статус мигранта упоминается как один из факторов риска суицида [3, 4]. Имеются данные, что среди людей, совершивших самоубийство, часто встречается недавнее или повторное изменение места жительства [4]. О повышенном риске суицидов среди мигрантов сообщает официальный сайт ВОЗ, в основном в связи с проблемами психического здоровья среди них [5]. В то же время, мигранты – очень неоднородная группа. Причины миграции могут быть разными, и очень многое зависит от тех целей, которые преследуют мигранты, а также от эффективности их адаптации к новым условиям и от скорости аккультурации. При этом необходимо учитывать современный контекст, и многое из того, что высказывалось в отношении мигрантов начала прошлого века, может оказаться сегодня не столь актуальным. Проблема миграции сегодня – это часть более широкой темы, связанной с глобализацией.

В одной из недавних обзорных работ по этой теме утверждается, что распространённость суицидальных мыслей, попыток и суицидов среди мигрантов по данным различных исследований, значительно варьируется. Исследования, направленные на сравнение риска самоубийства среди мигрантов и коренного населения принимающих стран, также дают противоречивые результаты [6]. Вероятно, это связано ещё и с тем, что в разных странах, с учётом местных особенностей, уникальных причин и мотивов миграции, с учётом доли вынужденных переселенцев (беженцев), а не только ищущих лучшей жизни, факторы риска и факторы-протекторы могут отличаться. Вполне возможно также, что исследователям, представляющим обычно страны-реципиенты, могут быть не вполне понятны культурные особенности приезжих, поскольку отдалён-

ность культур нарастает вместе с глобальным характером миграционных процессов.

Имеющийся у нас опыт изучения психологических проблем мигрантов подтолкнул нас к написанию данного обзора. Нелишнее также отметить, что в России идут свои довольно интенсивные миграционные процессы [7], поэтому анализ ситуации в разных странах мира может быть полезен.

Материалы и методы исследования

Поиск осуществляли в базах данных PubMed и eLibrary.ru по ключевым словам: «иммиграция и суицид», «мигранты и суицид», «беженцы и суицид», «суициды среди мигрантов», «суициды среди беженцев и перемещённых лиц» и т.д. Следует сразу отметить, что не было найдено ни одной статьи в русскоязычном сегменте. Выявленные иностранные источники отбирали с учётом частоты их цитирования, максимального соответствия предмету обсуждения, как можно более широкой географии, охвата различных групп, включая подростков и лиц с психическими расстройствами. Предпочтение отдавали крупным международным мета-анализам и детальным национальным исследованиям, в которых уделялось внимание возможным причинам наблюдаемых различий от местного населения. Всего обработано 35 источников.

Систематические обзоры и мета-анализы

В систематическом нарративном обзоре итальянских исследователей анализировали факторы, способствующие суицидальному поведению среди мигрантов, а также протективные факторы суицида [6]. Отмечается, что миграция может сопровождаться социальной изоляцией, дискриминацией, языковыми барьерами, аккультурационным стрессом, а также экономическими и финансовыми трудностями. Всё это может разрушать психическое здоровье и провоцировать психические расстройства, при этом мигрантам труднее получить профессиональную помощь из-за *стигматизации и непонимания их культурных особенностей*. Вместе с тем, мигранты часто демонстрируют тот же уровень риска самоубийств, который изначально существовал в стране исхода. Особую группу составляют беженцы. Они характеризуются более высоким риском самоубийства по сравнению с коренным населением принимающей страны, а также с другими группами мигрантов. Пребывание в обстановке вооружённых конфликтов и связанная с ними психологическая травма выступают среди них сильными предикторами суицидальных мыслей. Отдельно в

данном обзоре отмечается, что мигранты второго поколения (дети, рождённые и выросшие в стране, куда ранее иммигрировали их родители) значительно чаще проявляют суицидальное поведение по сравнению с мигрантами первого поколения (непосредственными переселенцами). Повышенным риском отличаются женщины-мигрантки с детьми, поскольку зачастую они не получают необходимой помощи из-за таких ограничений, как стигматизация, языковые трудности и недостаточная осведомлённость о системе социально-психологической поддержки. На первое место они ставят потребности детей, жертвуя собственным благополучием. В целом в обзоре делается вывод о том, что распространённость психических расстройств и суицидальные риски среди мигрантов тесно связаны с их социально-бытовыми условиями. Постоянные опасения по поводу безопасности, нехватка жилья, еды, воды, предметов первой необходимости, а также трудности с получением помощи – всё эти факторы ассоциированы с симптомами ПТСР и распространённостью суицидальных мыслей [6].

Ещё в одном крупном европейском систематическом обзоре был выполнен анализ 24 исследований, проведённых с 1990 по 2011 гг., в которых сравнивали риск самоубийств среди взрослых иммигрантов, с риском самоубийств среди общей популяции в европейских странах [8]. В результате было обнаружено, что у иммигрантов из стран Северной и Восточной Европы, где национальные уровни суицидов традиционно высоки, наблюдался более высокий уровень самоубийств по сравнению с группами без миграционного прошлого. Были зафиксированы половые и возрастные различия: в частности, молодые женщины-иммигрантки из Турции, Восточной Африки и Южной Азии являются группой повышенного риска. Как и в предыдущем исследовании, было отмечено, что иммигранты унаследуют из страны исхода присущий им риск самоубийств, по крайней мере, на ранних этапах адаптации. Авторы отмечают, что в большинстве групп иммигрантов отсутствует повышенный риск самоубийств по сравнению с коренным населением, а в некоторых случаях он может быть даже существенно ниже [8].

Исследователи из Англии в обширном обзоре, посвящённом уровню суицидов и суицидальному риску беженцев и вынужденно перемещённых лиц, проанализировали 4347 статей, из которых отобрали 77 исследований. Наиболее изученной группой стали беженцы, получившие пристанище. Показатели самоубийств

среди них значительно варьировались, от 4 до 290 на 100000 человеко-лет. Показатели распространённости попыток самоубийства и суицидальных мыслей также варьировались в различных исследованиях в значительных пределах, от 0,14 до 15,1%, и от 0,17 до 70,6% соответственно. Сравнительный анализ выявил дифференцированный риск суицидального поведения в зависимости от правового статуса мигрантов. Среди беженцев, получивших убежище, в 4 из 5 исследований был зафиксирован более низкий риск завершённого самоубийства по сравнению с коренным населением. Напротив, среди лиц, находящихся в процессе получения убежища, в 2 из 3 исследований был выявлен повышенный риск суицида. Аналогично, среди беженцев, проживающих в лагерях, в 2 из 3 исследований отмечался статистически значимо более высокий риск суицидальных мыслей по сравнению с коренным населением. Авторы отмечают, что доказательная база не позволяет сформулировать строгие выводы относительно риска, и указывают на трудности формирования адресных программ помощи для таких уязвимых групп, как беженцы и вынужденно перемещённые лица [9].

В систематическом обзоре и мета-анализе, выполненными иранским исследователем S. Amiri (2022), была проанализирована глобальная распространённость суицидального поведения среди иммигрантов и беженцев, включая суицидальные мысли, завершённые суициды, суицидальные попытки и планирование суицида [10]. Анализ включил 51 исследование, опубликованное до декабря 2019 года из баз данных PubMed и EMBASE. В результате мета-анализа были получены следующие данные о распространённости: суицидальные мысли – 16%, суицидальные попытки – 6%, планирование суицида – 4%. Распространённость суицидальных мыслей составила 10% среди мужчин и 17% среди женщин, а суицидальных попыток – 1% и 7% соответственно. Отношение шансов смерти от самоубийств среди иммигрантов составило 0,91, а для суицидальных попыток – 1,15. Автор констатирует высокую распространённость суицидального поведения, особенно суицидальных мыслей и попыток среди иммигрантов, что обуславливает необходимость разработки целенаправленных программ профилактики и оказания специализированной помощи для данной популяции [10].

Ещё в одном обзоре было изучено 678 источников за период с 1980 по 2017 год, из которых 43 было подвернуто анализу. В ряде ис-

следований сообщалось о более низких показателях попыток самоубийства, в то время как другие приводили данные о более высоких показателях суицидального поведения и суицидов среди иммигрантов по сравнению с коренным населением. Была обнаружена положительная корреляция между суицидальным поведением и уровнями суицидов в странах происхождения. Молодые женщины-иммигрантки южноазиатского и африканского происхождения подвергались наибольшему риску попыток самоубийства. Факторами риска среди мигрантов и представителей этнических меньшинств были: языковой барьер, беспокойство о семье на родине и разлука с семьей. Возможными триггерами суицидального поведения выступали недостаток информации о системе здравоохранения, потеря статуса, потеря социальных связей и аккультурационный стресс [11].

Ещё один систематический обзор и мета-анализ, посвящённый причинам смертности среди *трудовых мигрантов*, включал данные из 16 стран преимущественно с высоким уровнем дохода, с общим количеством зарегистрированных случаев смерти 44338. Исследование охватило различные сектора занятости, включая сельское хозяйство, строительство, горнодобывающую промышленность и сферу услуг. Выявлено, что трудовые мигранты имели повышенный риск производственных травм по сравнению с местными сотрудниками (1,71%) и более низкий риск смертности от совокупных причин (0,95 %). Трудовые мигранты по сравнению с местными работниками с большей вероятностью умирали от внешних причин (таких, как падения с высоты или агрессия в отношении них), чем от внутренних (таких как респираторные заболевания или заболевания ЖКТ). При этом работники-мигранты также с большей вероятностью умирали от убийств, непосредственно связанных с работой, особенно в розничной торговле и секс-индустрии. Были получены свидетельства более высокого уровня самоубийств среди женщин-мигранток по сравнению с местными работницами. К факторам суицидального риска авторы относят низкий уровень владения языком, отсутствие официальных документов и продолжительность пребывания в принимающей стране. К факторам риска, связанным с трудом, относят нестабильную занятость, специфику политики в отношении трудовых мигрантов и экономическое дерегулирование. Сделан вывод, что трудовые мигранты подвержены большему риску получения травм на рабочем месте, несмотря на

то что в целом они здоровее местных работников, что может быть объяснено структурными факторами, такими как нестабильная занятость и недостаточная безопасность [12].

Таким образом, мета-анализы, традиционно усредняющие результаты из разных стран и культур, не дают ясной картины относительно того, подвержены ли мигранты более высокому риску по сравнению с местными. В этом отношении более информативны локальные исследования, которые предоставляют больше деталей и объяснений. Мы описываем их с учётом особенностей стран-реципиентов.

Страны, открытые для иммиграции (Германия, Австралия, Канада, США)

Ряд стран, таких как США, Австралия и Канада целиком состоят из мигрантов, и до настоящего момента открыты для миграции (с определёнными элементами регулирования). В каком-то смысле к ним примыкает Германия, в которой за последние десятилетия отмечается значительный приток мигрантов в силу политики властей. В этих странах исследования суицидов среди мигрантов наиболее многочисленны, что очевидно отражает интерес к проблеме и, возможно, определённое беспокойство в научном сообществе.

В *Германии* на основе национальной статистики смертности за период с 2000 по 2017 гг. сравнивали риск самоубийств среди немцев и девяти крупнейших групп мигрантов, включая выходцев из Турции, Италии, Польши, Греции, Украины, России, Румынии, Нидерландов и Испании, общая база наблюдения составила 206056 случаев суицида [13]. Стандартизованные коэффициенты смертности, рассчитанные для этих групп иммигрантов, оказались ниже, чем у населения Германии, и составили от 0,24 (греческая национальность) до 0,86 (российская национальность). Коэффициенты смертности среди иммигрантов были самыми высокими у подростков и снижались с возрастом, были связаны с уровнем самоубийств в стране происхождения и с социально-экономическими факторами. Интересно, что в условиях мирового финансового кризиса риск самоубийств среди иммигрантов из наиболее пострадавших стран снизился сильнее, чем среди иммигрантов из других регионов. Этот неожиданный результат авторы объясняют увеличением иммиграции во время кризиса в первую здоровых и устойчивых людей, которые обычно не предпочитают эмигрировать. Эта модель также соответствует так называемому «парадоксу иммигрантов», согласно которому имми-

гранты первого поколения обычно демонстрируют более высокую устойчивость [13].

В другой работе из Германии исследовали уровень суицидов среди репатриантов из бывшего Советского Союза. Фокус внимания в данном исследовании смещён на связь суицидального риска с возрастом репатриации [14]. В рамках исследования осуществлялось наблюдение за репатриантами, прибывшими в Германию в период с 1990 по 1999 год, с последующим наблюдением до 2010 года. Для выборки объёмом 6378 человек (3031 мужчин и 3347 женщин) было накоплено 92149 человеко-лет наблюдения. Медианный возраст миграции составил 27 лет для мужчин и 30 лет для женщин. Общая смертность среди женщин-репатрианток была значимо ниже ожидаемой (стандартизованный коэффициент смертности, СКС=0,85 [0,75; 0,97]). В отличие от этого, среди мужчин смертность от внешних причин в целом была значимо выше (СКС=1,58 [1,09; 2,23]), в том числе от преднамеренных самоповреждений (СКС=1,68 [0,90; 2,88]) и, особенно, от смертельных случаев с неопределёнными намерениями, такими как отравление психоактивными веществами (СКС=8,07 [4,02; 14,44]). Риск смертности от внешних причин значимо возрос в подгруппе мигрантов, прибывших после 1995 года (СКС=1,87). Наиболее уязвимой группой оказались мужчины, мигрировавшие в возрасте 11–20 лет, у них был выявлен экстремально высокий риск смерти от суицида (СКС=3,84) и от смертей с неопределёнными намерениями (СКС=14,75), которые часто рассматривают как скрытый резервуар суицидов.

Результаты исследования также показали, что подростковый и юношеский возраст на момент миграции является критическим фактором риска формирования суицидального поведения и поведенческих паттернов, ведущих к смерти от внешних причин. Обсуждая это, авторы предположили, что ранее существовавшие прокрейтивные факторы (такие как тесные семейные связи в странах исхода) в новых социокультурных условиях Германии утрачивают свою эффективность. Предполагается, что провоцирующими факторами выступают конфликты, связанные с повышенной плотностью городского населения (многие репатрианты прибыли из сельских районов), а также изменение этнокультурного профиля семей репатриантов в сторону преобладания русскоязычной идентичности, что создаёт, по мнению авторов работы, дополнительные барьеры для успешной интеграции [14].

Отдельного внимания заслуживает работа о суицидах среди беженцев, прибывших в Германию до и после 2015 г. – рубежного периода массовой иммиграции беженцев [15]. Используются данные Федерального статистического управления Германии за 2000–2020 гг., включающие сведения об иммигрантах и об общей популяции. Методом косвенной стандартизации по полу, возрасту и календарному году рассчитаны СКС с 95% доверительными интервалами для периодов до и после 2015 года. Анализ проведён для всей выборки, а также отдельно для выходцев из Сирии, Афганистана и Ирака. В целом, иммигранты из изучаемых стран продемонстрировали достоверно более низкий риск суицида по сравнению с общей немецкой популяцией (СКС=0,38; 95% ДИ: 0,35–0,41). Статистически значимых различий в СКС между периодами до и после 2015 года не выявлено. При этом в период после 2015 г. у иммигрантов из Афганистана зафиксирован более высокий риск суицида (0,68; 95% ДИ: 0,54–0,83) по сравнению с сирийскими (0,30; 95% ДИ: 0,25–0,36) и иракскими (0,37; 95% ДИ: 0,26–0,48) группами. Несмотря на ряд стрессогенных факторов, связанных с миграцией, риск суицидальной смертности в исследуемых группах оставался стабильным, и был значимо ниже общегерманского уровня. Авторы предполагают влияние двух ключевых факторов: 1) исходно более низких уровней суицидов в странах происхождения, и 2) селективных миграционных процессов, благоприятствующих переселению лиц с более высокими показателями психологической устойчивости [15].

В Канаде на основе административных данных системы здравоохранения в период с 2003 по 2017 гг. в провинции Онтарио было проведено популяционное исследование, включавшее более 9 млн взрослых в возрасте ≥ 18 лет [16]. Основной переменной был миграционный статус (долгосрочные резиденты против недавних иммигрантов). Специфические предикторы для иммигрантов включали категорию иммиграции (например, статус беженцев) и страну происхождения. Учитывались смерть от суицида и случаи госпитализации в отделения неотложной помощи вследствие самоповреждений. В выборку вошли 590289 недавних иммигрантов и 8464790 долгосрочных резидентов. Показатель завершённых суицидов был значимо ниже среди иммигрантов ($n=130$; 3,3 на 100000 человеко-лет) по сравнению с долгосрочными резидентами ($n=6354$; 11,8 на 100000). Соотношение уровней суицида среди

мужчин и женщин было менее выраженным в иммигрантской группе. Беженцы демонстрировали достоверно более высокий риск как суицида, так и самоповреждений по сравнению с иммигрантами, не являющимися беженцами. Частота обращений в отделения неотложной помощи по поводу суицидальных попыток также была ниже среди иммигрантов ($n=2256$; 4,4 на 10000) по сравнению с резидентами ($n=68039$; 9,7 на 10000). В отличие от долгосрочных резидентов, у которых низкий доход был чётко ассоциирован с повышенным риском суицида, среди иммигрантов такой связи не наблюдалось, и градиент риска самоповреждения в зависимости от дохода был слабее. Стратифицированный анализ по странам происхождения выявил значительную вариабельность в показателях суицида (от 1,4 до 9,9 на 100000) и самоповреждения (от 1,8 до 14,9 на 10000). Таким образом, недавние иммигранты характеризуются существенно более низкими уровнями суицидального поведения по сравнению с коренным населением, а социальнодемографические предикторы этих исходов в двух группах различаются. Авторы считают, что оценка суицидального риска среди иммигрантов требует учёта ключевых контекстных факторов, таких как иммиграционный статус, регион происхождения и характеристики принимающей среды [16].

Другие канадские исследователи провели сравнительный анализ уровня суицидов среди иммигрантов и всего коренного населения Канады [17]. Данные были получены из Канадской базы данных статистики естественного движения населения и Ежегодника мировой статистики здравоохранения ВОЗ, а социальнодемографическая информация для расчёта показателей – из материалов переписи населения. Для иммигрантов и коренного населения были рассчитаны стандартизированные по возрасту коэффициенты суицидов с разбивкой по полу и месту жительства, а также показатели самоубийств в зависимости от возраста и пола на основе трёхлетних средних значений, привязанных к переписям 1991 и 1996 годов. В результате исследования было выявлено, что уровень суицидов среди иммигрантов был примерно в два раза ниже, чем среди коренного населения. Были обнаружены значимые различия в возрастном распределении: среди иммигрантов уровень суицидов увеличивался с возрастом, тогда как среди уроженцев Канады он был выше в более молодых возрастных группах. Уровень суицидов среди мужчин превышал соответствующие показатели среди женщин в обеих

группах, но эта связанная с полом разница была статистически менее выражена среди иммигрантов. Полученные данные также свидетельствуют о том, что модель суицидального поведения среди иммигрантов в большей степени соответствовала паттерну, характерному для их стран происхождения, и отличалась от такового у коренного населения. Кроме того, у иммигрантов, проживавших в крупных городах (Торонто, Монреаль, Ванкувер), уровень суицидов был ниже, чем у тех, кто поселился в других частях Канады [17]. Это исследование подтверждает выводы более ранней работы из Канады – среди иммигрантов первого поколения индексы суицидов ниже, чем у жителей, родившихся в Канаде [18].

Ещё одно интересное исследование было проведено в Канаде на выборке молодых людей из первого и второго поколения мигрантов в сравнении с их сверстниками из местного населения, причём с учётом ряда социальнодемографических факторов. В работе проанализирована выборка молодых людей в возрасте 15–17 лет из общенационального репрезентативного поперечного исследования «Канадское обследование здоровья детей и молодёжи» (2019 г.). С помощью множественного логистического регрессионного анализа оценивали связи между миграционным статусом (независимая переменная) и суицидальным поведением – суицидальными мыслями и попытками самоубийства за последний год. В роли социальнодемографических факторов выступали пол, доход семьи и факт развода родителей [19]. Результаты показали, что риск попыток суицида среди иммигрантов второго поколения был почти в два раза выше, чем среди иммигрантов первого поколения и, самое главное – неиммигрантов (отношение шансов, ОШ=1,68; 95% ДИ: 1,07–2,63). Было выявлено, что связь между статусом иммигранта второго поколения и попытками самоубийства усиливалась в подгруппах с высоким семейным доходом (ОШ=2,04; 95% ДИ: 1,30–3,21) и среди лиц, переживших развод родителей (ОШ=5,19; 95% ДИ: 1,41–19,12). Аналогично, связь со суицидальными мыслями у иммигрантов второго поколения оказалась сильнее выражена среди мужчин (ОШ=1,78; 95% ДИ: 1,04–3,07) и в группе с разведёнными родителями (ОШ=4,13; 95% ДИ: 1,40–12,14). Кроме того, для иммигрантов первого поколения были обнаружены различия в уровнях риска в зависимости от времени прибытия в страну. Полученные данные подчёркивают комплексный характер взаимосвязи между миграцион-

ным статусом и суицидальным риском, который опосредуется ключевыми социально - демографическими переменными [19].

Австралия относится к странам с относительно высоким риском самоубийства, особенно среди молодёжи [20]. Проведен ретроспективный анализ уровня суицидальной смертности среди иммигрантов первого поколения в Австралии за период с 1974 по 2006 год в сравнении с рисками среди уроженцев Австралии [21]. Дополнительно изучалась корреляция между показателями суицидов среди иммигрантов из 23 стран происхождения и аналогичными показателями в этих странах за 2001–2006 годы. Для выборок из каждой страны происхождения были рассчитаны стандартизированные по возрасту показатели суицидальной смертности для лиц в возрасте 15 лет и старше и стандартизированные коэффициенты смертности (Standardised Mortality Ratios, SMR) с 95% доверительным интервалом. В результате анализа была выявлена общая нисходящая временная тенденция уровня суицидов среди всех исследуемых групп для обоих полов. Наименьшие значения показателей были зафиксированы в 2004–2006 годах. На протяжении всего исследуемого периода наиболее высокие показатели суицидов среди мужского населения наблюдались в выборках из Восточной, Северной и Западной Европы, а также из Новой Зеландии. Среди женского населения максимум показателей был отмечен у уроженок Западной Европы и Великобритании (включая Ирландию). Напротив, минимальные показатели суицидальной смертности были зарегистрированы как среди мужчин, так и среди женщин, родившихся в Северной Африке и на Ближнем Востоке, Южной и Центральной Азии, а также в Юго-Восточной Азии. Статистический анализ выявил наличие значимой положительной корреляции между уровнями суицидов среди мужчин-иммигрантов из определённых стран и соответствующими показателями в их странах происхождения. Полученные данные позволяют заключить, что динамика уровня суицидов среди иммигрантского населения находится под сильным влиянием социокультурных норм, характерных для их стран происхождения. Общее снижение риска суицида в исследуемой популяции иммигрантов было статистически значимым, причём наиболее выраженная положительная динамика наблюдалась среди мужской выборки [21].

Целью ещё одной работы австралийских исследователей явилось описание социодемографического профиля мигрантов второго по-

коления, совершивших суицид, и сравнительный анализ суицидального риска у представителей этой группы и остального населения Австралии [22]. Использованы данные официальной статистики о случаях суицида за 2001–2008 годы, дополненные информацией из реестров штатов и территорий о месте происхождения родителей погибших, с целью дифференциации по миграционному статусу (первое, второе и более ранние поколения, то есть фактически местное население). Результаты регрессионного анализа показали, что на долю мигрантов второго поколения пришлось 811 случаев суицида (14,6% от общего числа). По сравнению с другими группами, суициденты из этой выборки были в среднем моложе и реже состояли в браке. Также выявлено, что мужчины-иммигранты второго поколения в возрасте 25–39 лет имели более высокий риск суицида по сравнению с иммигрантами первого поколения, но более низкий по сравнению с третьим и более поколениями. В возрастной группе старше 60 лет у мигрантов второго поколения, напротив, был зафиксирован более низкий риск суицида, чем у представителей первого поколения. Полученные данные позволяют заключить, что в Австралии иммигранты второго поколения в целом не демонстрируют повышенного суицидального риска по сравнению с коренным населением. Сниженный риск суицида среди мужчин второго поколения в возрасте 25–39 лет по сравнению с третьим и более поколениями может быть объяснен более благоприятным социально-экономическим статусом, а также психологическими ресурсами и адаптационной гибкостью, сформировавшимися в условиях бiculturalной социализации. Авторы не дают объяснений повышенному уровню суицидов среди пожилых мигрантов первого поколения [22].

В ещё одной работе из Австралии проанализированы общенациональные показатели и динамика суицидов за период с 2006 по 2019 г. среди различных групп мигрантов [23]. Оценка относительного риска суицида проводилась с помощью коэффициентов смертности с расчётом 95% доверительных интервалов, рассчитывались стандартизированные по возрасту показатели на 100000 населения и среднегодовое процентное изменение. Результаты показали, что все группы мигрантов, за исключением женщин из Океании, имели статистически значимо более низкий риск суицида по сравнению с урождёнными австралийцами. При этом женщины из европейских стран и Океании имели повышенный риск суицида относительно ми-

гранток из англоязычных стран. Среди мужчин-мигрантов из Океании и Африки зафиксированы высокие показатели смертности от суицидов при отсутствии значимых изменений в динамике за период исследования, в то время как женщины из Африки демонстрировали рост уровня суицидов на 8% в год. Полученные данные свидетельствуют о диспропорциональной уязвимости к суицидальному поведению среди мигрантов из Океании и Африки по сравнению с другими мигрантскими группами в Австралии [23].

Следующее исследование фокусирует внимание на экономических последствиях суицидального поведения среди австралийских мигрантов [24]. Учитывая существенные различия в распространённости суицидального поведения и уровнях смертности в различных культурно-этнических группах населения были проанализированы утраченные годы жизни, потери продуктивных лет и совокупные экономические издержки, включающие прямые, косвенные и нематериальные компоненты. Источником данных послужила система судебно-медицинского учета с фиксацией случаев суицида за 2020 год. Результаты расчёта экономических последствий 346 завершённых суицидов в исследуемой популяции оценивают потери в размере 2,9 млрд австралийских долларов при средней стоимости одного случая 8,47 млн долларов. Представленные расчёты не учитывают экономические последствия, связанные с нефатальными суицидальными попытками, которые могут существенно увеличивать общие потери. Авторы приходят к заключению о значительном экономическом ущербе от суицидов мигрантов и подчеркивают актуальность разработки комплексной национальной программы профилактики, адаптированной к специфическим потребностям разнородных культурных и языковых групп [24].

Интересное кросс-культурное исследование, также из Австралии, ставило своей целью анализ суицидальных рисков и протективных факторов среди иммигрантов первого поколения из пяти стран Африканского Рога (Эфиопия, Эритрея, Сомали, Джибути, Сомалиленд), проживающих в штате Виктория (Австралия) [25]. В ходе исследования на репрезентативных выборках, сформированных методом снежного кома в рамках каждого исследуемого сообщества, применялся опросник для оценки знаний, установок и практик в отношении суицидального поведения. Результаты выявили три ключевых фактора риска: отсутствие эффективного взаимодействия между ресурсами сообщества и

официальными службами поддержки, распространённость стигматизирующих установок в отношении суицида, а также недостаточный уровень осведомлённости о проблематике суицидального поведения. Роль факторов риска проявляется в ограничении контактов со службами психического здоровья, что повышает вероятность реализации суицидальных намерений и других негативных исходов. В то же время, значимым протективным фактором, обеспечивающим сообществам мигрантов поддержку в решении проблем суицидального поведения и психического здоровья, оказались религиозные и общественные лидеры, а также практикующие целители [25].

В США наблюдается в последние годы резкий рост численности иммигрантов и одновременное увеличение суицидальных рисков среди них. Учитывая то, что для США характерна ситуация с высоким уровнем нелегальной иммиграции, работы из США заостряют внимание на связи суицидального поведения мигрантов с психосоциальными проблемами среди них [26-29]. В одной из работ с использованием опросника SBQR была обследована репрезентативная выборка молодых иммигрантов (18-25 лет; n=366) с учётом чувства принадлежности и иммиграционного статуса респондентов, таких как нелегальный статус, программа DACA (временная отсрочка депортации и возобновляемая возможность работать для детей иммигрантов, ввезённых в США), наличие вида на жительство или гражданства США [26]. Результаты регрессионного анализа продемонстрировали статистически значимую связь между нелегальным статусом / DACA и повышенными показателями суицидального поведения по сравнению с постоянными резидентами и гражданами США. Установлено, что интенсивность суицидального поведения отрицательно коррелировала с чувством социального принятия и положительно – со страхом депортации и опасениями стать жертвой преследований. Было выявлено, что связь между нелегальным статусом и суицидальным поведением опосредует такой аспект, как переживание себя нежеланным в американском обществе. Авторы подчёркивают значимость межличностных детерминант суицидального риска среди молодых нелегальных иммигрантов и указывают на необходимость разработки культурно - сенситивных вмешательств, правовых и политических решений, направленных на снижение рисков среди них [26].

Аналогичные вопросы затрагивает работа P. Erfani и соавт. [27]. В ходе исследования был

рассчитан годовой уровень суицидов среди мигрантов, содержащихся под стражей иммиграционной и таможенной службы США за период 2010–2020 гг. Даты и причины смерти верифицировались по данным публичной базы данных, отчётам и пресс-релизам иммиграционной таможенной службы. Расчёт годовых показателей суицидов производился в двух метриках: количество случаев на 100000 человеко-лет наблюдения и на 100000 случаев госпитализации. Результаты анализа показали, что средний показатель суицидов в 2010–2019 гг. составлял 3,3 на 100000 человеко-лет (SD: 2,6). В 2020 году зафиксирован рост суицидальной смертности в 5,3 раза относительно среднего декадного значения с показателем 17,4 на 100000 человеко-лет. При расчёте по метрике госпитализаций средний показатель за 2010–2019 гг. составил 0,3 на 100000 госпитализаций (SD: 0,3), тогда как в 2020 году отмечен 11-кратный рост до 3,4 на 100000 госпитализаций. Полученные данные свидетельствуют о значительном увеличении уровня суицидов среди мигрантов в местах содержания под стражей в 2020 году по сравнению с предшествующим десятилетним периодом, что авторы интерпретируют с позиций системного ухудшения состояния психического здоровья в пенитенциарной системе иммиграционной службы [27].

Ещё одно исследование из США было направлено на оценку влияния иммиграционного статуса на уровень суицидальной смертности [28]. Данные о случаях завершённого суицида за период 1998–2001 гг. были получены из медицинских отчётов округа Риверсайд (штат Калифорния), информация для контрольной группы была сформирована на основе материалов переписи населения 2000 года. Результаты анализа демонстрируют наличие статистически значимой связи между иммиграционным статусом и повышенным риском суицида. Установлено, что разведённые лица из иммигрантской популяции совершали суициды в 2,07 раза чаще (OR=2,07; 95% ДИ: 1,24–3,45) по сравнению с коренными жителями. Лица, непродолжительно пребывающие в США, демонстрируют 2,6-кратное повышение суицидального риска (OR=2,60; 95% ДИ: 1,55–4,35) относительно контрольной группы. Выявлена обратная корреляция между продолжительностью проживания в стране и уровнем суицидального риска, где меньшая длительность пребывания ассоциирована с более высокими показателями суицидальной смертности. Авторы указывают на необходимость социальной интеграции им-

мигрантских групп в принимающее сообщество и считают, что превентивные программы должны рассматривать недавних иммигрантов как группу с повышенным суицидальным риском [28].

Одна из работ из США направлена на идентификацию факторов риска среди иммигрантов, совершивших суицид в контексте проблем с интимным партнёром [29]. На материале системы регистрации насильственных смертей за 2003–2019 гг. были проанализированы данные 3177 иммигрантов, столкнувшихся с проблемами в отношениях с интимным партнёром. Метод латентного анализа классов с учётом показателей психического здоровья позволил верифицировать три группы: группа с доминирующей психиатрической патологией (26,6%), группа с алкогольной зависимостью и употреблением психоактивных веществ (6,5%) и группа с минимальной симптоматикой (66,9%). Группа с психиатрическими расстройствами характеризовалась преобладанием женщин, лиц азиатского происхождения и респондентов с высшим образованием, тогда как в группе с аддиктивными расстройствами доминировали мужчины латиноамериканского происхождения с уровнем образования не выше среднего. Стратификация по методам суицида выявила склонность первой группы к отравлениям, тогда как группа с минимальной симптоматикой чаще использовала огнестрельное оружие. Наибольшая распространённость предшествующих суицидальных попыток зафиксирована в группе с психиатрической патологией, при этом обе клинические группы достоверно чаще сообщали о суицидальных мыслях в анамнезе по сравнению с группой минимального риска. Авторы отмечают, что риски среди иммигрантов в связи с проблемами с интимным партнёром неоднородны, зависят от их психического здоровья, и призывают разрабатывать превентивные стратегии с учётом этого обстоятельства [29].

Моноэтнические страны, принимающие мигрантов

В отличие от стран, население которых исторически формировалось как следствие миграции, где многообразие культур и этнических анклавов является обычным явлением, моноэтнические страны, например, такие как Израиль и Япония, приверженные культуре титульной нации, могут иметь свои особенности. Недавнее интересное исследование из *Израиля* посвящено факторам суицидального поведения среди иммигрантов из Эфиопии, которые де-

монстрируют повышенные показатели суицидальной смертности по сравнению с другими демографическими группами [30]. В рамках исследования проводился сравнительный анализ стандартизированных по возрасту показателей суицидов среди трёх групп населения: иммигрантов из Эфиопии, репатриантов из бывшего СССР и уроженцев Израиля за период 1985-2017 гг. с разделением по полу, возрасту, семейному положению и периоду репатриации. Результаты анализа выявили устойчивую закономерность: стандартизированные показатели суицидов среди иммигрантов из Эфиопии в 3,1 раза превышали аналогичные показатели в группе репатриантов из бывшего СССР и в 4,1 раза – в группе уроженцев Израиля. Аналогичные показатели были получены для обоих полов, внутри каждой возрастной группы и во все годы исследования. Анализ выявил три фазы динамики суицидов среди эфиопских иммигрантов: значительное снижение (1992-2001), последующий рост (2001-2006) и прогрессирующее снижение (после 2006). Среди женщин эти колебания были менее выражены. Было обнаружено, что брак играет менее существенную защитную роль для иммигрантов из Эфиопии. Полученные данные интерпретируются авторами в контексте социокультурной дезинтеграции и внутрисемейных конфликтов, нивелирующих традиционный защитный потенциал брачных отношений. Колебания уровня самоубийств среди эфиопов с течением времени, по-видимому, связаны с изменениями в системе социального обеспечения. Авторы считают, что иммигранты из Эфиопии, сталкивающиеся с социально-экономическими трудностями и с семейными конфликтами, должны проходить скрининг на суицидальный риск, а выявленные лица должны быть направлены на специализированные семинары, учитывающие особенности эфиопской культуры [30].

Ещё одно исследование было направлено на выявление взаимосвязи между суицидальным поведением и статусом иммигранта среди жителей Израиля и репатриантов из бывшего СССР [31]. Использованы данные израильской базы Всемирного исследования психического здоровья (World Mental Health Survey), содержащие информацию о суицидальных мыслях, планах и попытках самоубийства. Репрезентативная выборка включила уроженцев Израиля (n=2114) и иммигрантов из стран бывшего СССР, прибывших после 1990 года (n=814). Статистические данные о завершённых суицидах получены из национального регистра Ми-

нистерства здравоохранения. Стандартизированные показатели распространённости суицидального поведения в течение жизни среди иммигрантов из бывшего СССР продемонстрировали статистически значимое превышение аналогичных показателей среди уроженцев Израиля. Наибольший относительный риск выявлен у тех, кто иммигрировал относительно недавно (до 5 лет пребывания в стране), среди молодых взрослых с высшим образованием и респондентов без супружеского партнера. Анализ завершённых суицидов выявил устойчиво высокие показатели среди иммигрантской популяции, с максимальными значениями среди мужчин молодого возраста. Полученные результаты коррелируют с данными о суицидальной смертности в странах исхода и согласуются с концепцией аккультурационного стресса [31].

Несмотря на особенности японской культуры и сложности японского языка, в Японии также растёт число иммигрантов. В исследовании японских авторов на основе данных общенациональной статистики смертности были рассчитаны стандартизированные по возрасту показатели суицидов для восьми групп иностранных граждан (Бразилия, Китай, Корея, Перу, Филиппины, Таиланд, Великобритания, США) с стратификацией по полу за период 1980-2015 гг. [32]. Сравнение уровня суицидов в исследуемых группах с показателями коренного японского населения осуществлялось посредством расчёта относительных рисков. Был также проведён углублённый анализ корейской диаспоры, демонстрирующей максимальные показатели суицидальной смертности, при этом проводилось сравнительное исследование уровня суицидов среди корейского населения Японии и Республики Корея. Результаты исследования показали, что корейская и китайская диаспоры демонстрировали показатели, сопоставимые или превышающие уровень суицидов среди японского населения, в то время как в остальных исследуемых группах фиксировались более низкие значения. Особый интерес представляет устойчивая динамика суицидальной смертности среди корейцев, показатели которых вдвое превышали аналогичные в японской популяции, причём уровень суицидов среди корейских иммигрантов в Японии систематически превышал соответствующие показатели в стране происхождения. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии универсального паттерна влияния суицидальных показателей принимающей страны на иммигрантские сообщества. Авторы объясняют суици-

дальнюю активность в корейской диаспоре комплексом социально-экономических детерминант, включая структурную дискриминацию, ограниченный доступ к ресурсам и аккультурационный стресс [32].

Интересный пример представляет работа турецких авторов, которые исследовали турецкую диаспору в *Швейцарии*. Они отмечают, что у турецких мигрантов документально подтверждён более высокий уровень суицидальных попыток по сравнению не только с коренным населением принимающих стран, но и с резидентами Турции, что предполагает влияние специфических стрессоров, связанных с миграционным опытом и сложностями аккультурации [33]. В рамках дизайна «случай-контроль» была сформирована клиническая выборка, состоящая из 70 пациентов турецкого происхождения, госпитализированных в отделение неотложной помощи Университетской больницы Базеля в связи с суицидальной попыткой. Группу сравнения составили 70 швейцарских суицидентов, сопоставимых по возрасту и полу. Полученные результаты подтвердили повышенную частоту суицидальных попыток в исследуемой выборке. В выборке турецких мигрантов значительно преобладали женщины (соотношение женщины / мужчины составило 2,2 к 1), причем 38,6% всех случаев приходилось на женщин в возрасте от 15 до 25 лет, что указывает на их особую уязвимость. Качественный анализ мотивационной составляющей выявил как сходство, так и различия между группами. Доминирующим фактором в обеих выборках выступили проблемы в партнёрских отношениях: о них сообщили 63% швейцарских и 54% турецких пациентов. В то же время, 14% швейцарских, но ни один из турецких пациентов, пытавшихся покончить самоубийством, не назвали социальную изоляцию в качестве причины самоубийства. При этом 9% турецких пациентов указали в качестве основной причины «угрозу утраты / отказа в предоставлении статуса беженца». Значимые различия наблюдались и в выборе средств для суицидальной попытки: турецкие иммигранты чаще использовали анальгетики, в то время как швейцарские пациенты, как правило, отдавали предпочтение бензодиазепинам. Полученные данные убедительно свидетельствуют о том, что суицидальное поведение турецких мигрантов в Швейцарии детерминировано комплексным взаимодействием культурно - специфических и иммиграционно-правовых факторов [33].

Особые категории – беженцы, подростки, матери с детьми, лица с психическими расстройствами

Статус беженца предполагает особый набор факторов риска, учитывая мотивы иммиграции и вероятные пережитые недавно травматические ситуации. В Дании было проведено исследование с целью сравнения суицидальных рисков и попыток самоубийства у беженцев и коренного населения. В качестве метода использовался ретроспективный анализ выборок [34]. Данные о лицах, ищущих убежище и о жителях Дании в период с 2009 по 2019 гг. были получены из иммиграционных служб и национальных реестров. В исследование было включено 78666 беженцев. Между исследуемыми группами обнаружены существенные различия, показатель частоты суицидальных попыток составил 842,0 на 100000 человеко-лет в выборке лиц, ищущих убежище, против 92,3 на 100000 человеко-лет в общей популяции. Особого внимания заслуживают несовершеннолетние без сопровождения взрослых, где в период 2015-2019 годов зафиксирован показатель частоты 5,8 (95% ДИ: 4,3-7,5) раз превышающий таковой в общей популяции. При этом статистически значимых различий в показателях завершённых самоубийств между просителями убежища и общей популяцией не выявлено, а среди несовершеннолетних без сопровождения, несмотря на наличие попыток, случаев завершённого суицида не зарегистрировано. Полученные результаты убедительно свидетельствуют о значительном превышении уровня суицидальных попыток (но не суицидов) среди просителей убежища по сравнению с общей популяцией Дании, особенно среди несовершеннолетних без сопровождения взрослых [34].

Одним из аспектов проблемы является распространённость психических расстройств среди мигрантов и возможность их обострения под влиянием аккультурационного стресса. В Италии провели сравнительное изучение суицидальных мыслей и попыток самоубийства в репрезентативной выборке пациентов психиатрических стационаров с учётом их иммигрантского статуса [35]. В исследование были включены 152 пациента-иммигранта, сопоставленные методом парного отбора с 152 пациентами итальянского происхождения по ключевым клиничко-демографическим параметрам (возраст, пол и психиатрический диагноз на момент госпитализации). Сравнительный анализ охватывал комплекс социально-демографических и клинических характеристик, включая нозоло-

гическую специфику психического расстройства, возраст манифестации заболевания, длительность течения, количество предшествующих госпитализаций, продолжительность текущей госпитализации, историю суицидального поведения, а также коморбидную наркологическую патологию. Статистический анализ не выявил значимых межгрупповых различий по показателям суицидальных мыслей (как в анамнезе, так и в остром периоде) и суицидальных попыток. Единственными статистически значимыми различиями стали меньшая продолжительность заболевания у иммигрантов и более высокая распространённость злоупотребления психоактивными веществами в группе итальянских пациентов. Учитывая сопоставимость уровня суицидального риска в исследуемых группах, авторы приходят к выводу, что для оценки суицидального риска для всех пациентов психиатрических стационаров вне зависимости от их этнокультурного статуса могут быть использованы унифицированные протоколы и алгоритмы [35].

В исследовании из Великобритании, также нацеленном на оценку роли психических расстройств, были представлены две выборки: лица с длительностью пребывания менее 5 лет (недавние мигранты) и лица, находящиеся в процессе легализации миграционного статуса [36]. Использованы данные Национального конфиденциального исследования суицидов в психиатрической практике за период с 2011 по 2019 гг. В ходе исследования были получены следующие результаты: из 13948 зафиксированных суицидов 593 случая принадлежали недавним иммигрантам, включая 48 лиц в процессе легализации. Стандартизированный показатель суицидальной смертности среди мигрантов, обращающихся за легализацией статуса, достиг 23,8 на 100000 населения (95% ДИ 17,3-32,1) за 2011-2017 гг., демонстрируя статистически значимое превышение общего популяционного уровня (10,6 на 100000; $p=0,0001$). Этнические меньшинства были в 15% случаев представлены среди недавних мигрантов и в 70% – среди ходатайствующих о пребывании (против 7% среди некоренного населения), при этом клиницисты чаще оценивали их как лиц с низким долгосрочным суицидальным риском (63% и 76% против 57% соответственно). В то же время, была выявлена более высокая частота суицидов в течение трех месяцев после выписки из стационара среди недавних мигрантов (19% против 14%), а среди ходатайствующих о пребывании – повышенная распространённость

шизофрении и других бредовых расстройств (31% против 15%) и недавних психотравмирующих событий (71% против 51%). Таким образом, для иммигрантов характерен более выраженный профиль психопатологии на момент суицида, потенциально связанный с комплексом стрессоров и/или ограниченным доступом к службам раннего выявления. Авторы отмечают, что парадоксальное расхождение между объективной тяжестью состояния и клинической оценкой риска требует внедрения межведомственного подхода к профилактике суицидов, учитывающего специфические стрессоры в группе мигрантов [36].

Молодёжная популяция во всём мире характеризуется растущими показателями суицидальных мыслей, самоповреждающего поведения, суицидальных попыток и завершённых суицидов [37, 38]. В условиях усиления процессов глобализации наблюдается рост мобильности молодого поколения, мигрирующего между странами в целях получения образования и трудоустройства. В международном обзоре, посвящённом суицидальному поведению (суицидальные мысли, попытки, завершённый суицид) молодых иммигрантов, проведён систематический поиск в базах данных Medline, Embase и PsycINFO за период с момента их создания до 31 марта 2022 года [39]. География стран исхода в данном исследовании была обширна – от многочисленных стран Азии и арабского Востока до стран бывшего СССР и восточной Европы, при этом принимающими странами были США, Канада, Австралия, Греция, Нидерланды, ОАЭ, Швеция и Германия. Обобщение результатов показало, что молодые мигранты демонстрируют более высокие показатели самоповреждающего поведения и суицидальных попыток по сравнению с неиммигрантской молодёжью, тогда как статистически значимых различий в распространённости суицидальных мыслей и завершённых суицидов обнаружено не было. Авторы подчёркивают необходимость проведения более методологически строгих исследований и разработки целевых превентивных программ и политики, направленной на снижение рисков суицидального поведения среди молодых мигрантов [39].

Группа исследователей из Великобритании и Таиланда обратили внимание на смертность от суицида женщин-мигранток. Эта проблема обусловлена комплексным воздействием психосоциальных и социально-экономических стрессоров, включая пережитые травмы, социальную изоляцию, экономическую нестабиль-

ность и ограниченный доступ к медицинской помощи [40]. Авторы проанализировали данные о смертности в Исследовательском центре по малярии за период с 1998 по 2015 год, в котором находились женщины, получавшие акушерскую помощь в лагере для беженцев на границе Таиланда и Мьянмы, а также женщины-мигранты. За исследуемый период из 65 зарегистрированных случаев материнской смертности 6, то есть 9%, были определены как самоубийства. Расчётные показатели материнской смертности от самоубийств достигли 16,4 на 100000 живорождений (95% ДИ: 5,7–37,9) среди беженцев и 13,8 на 100000 живорождений (95% ДИ: 3,8–50,2) среди мигрантов. Эти значения существенно превышают как среднемировые показатели для стран с низким и средним уровнем дохода, так и показатели стран с высоким уровнем дохода (0,80 на 100000 живорождений в Великобритании). Все женщины, покончившие с собой, были в возрасте от 18 до 36 лет и находились на сроках беременности от 9 до 30 недель. Основным способом совершения самоубийства были отравления (хинин, пестициды). Полученные данные убедительно свидетельствуют о непропорционально высоком уровне материнской смертности от самоубийств в исследуемых уязвимых группах [40].

Одной из особых групп суицидентов являются лица, совершающие повторные попытки самоубийства, среди них чаще встречаются история самоубийств в семье, соматические заболевания и психические расстройства, более высокие баллы депрессии и намеренности и более низкие – социальной поддержки [41]. На материале проекта ВОЗ MONSUE было осуществлено сравнение частоты повторных попыток самоубийства среди иммигрантов и местного европейского населения, а также сроков повторения попыток в этих группах [42]. Проект охватил 7 европейских стран с общим числом участников $n=13566$, включая 10574 представителей местного населения и 3032 иммигрантов. Результаты (на основе бинарной логистической регрессии) показали значимо более низкие показатели повторных суицидальных попыток среди восточноевропейских иммигрантов и неевропейских мигрантов по сравнению с коренным населением. Иммигранты из Восточной Европы характеризуются более поздними сроками рецидивов суицидального поведения относительно контрольной группы. В общей структуре повторных попыток 32% случаев приходилось на первые 30 дней наблюдения. Анализ также выявил отрицатель-

ную корреляцию между возрастом и вероятностью рецидива и повышенный риск повторения среди женщин, использовавших более летальные методы при первой попытке. Сниженная частота повторных суицидальных попыток среди незападных иммигрантов при их изначально повышенной суицидальной активности, по мнению авторов, свидетельствует о ситуативной природе суицидального кризиса в данных группах [42].

Заключение

Проведённый нами обзор релевантных исследований позволяет прийти к следующим заключениям. Проблема суицидального поведения среди мигрантов наиболее активно изучается в странах западного мира, куда в основном направлены международные потоки мигрантов из стран с более низким экономическим уровнем. В основном представлены данные по смертности и госпитализациям после попыток, что предусматривает высокое качество регистрации этих событий и доступность этих данных для анализа. Заметно меньше исследований, в которых оцениваются суицидальные мысли и планы, чаще всего это касается подростков и молодёжи, пациентов клиник или заключённых в условиях временного содержания, то есть организованных контингентов. Исследования показывают, что при значительном разнообразии распространённости суицидальных мыслей, попыток и завершённого суицида, чаще всего иммигранты подвержены им в той степени, в какой он присущ их странам исхода. В силу этого иммигранты, например, из стран арабского востока в Западно-Европейских странах имеют более низкие показатели по сравнению с местным населением, а иммигранты из стран бывшего СССР – относительно высокие.

В то же время, это более всего характерно для иммигрантов первого поколения, поскольку во втором и третьем поколении эти различия могут сглаживаться. В ряде случаев мигранты второго поколения демонстрируют более высокие риски, чем их родители. Возможно, это связано с глобальными тенденциями среди молодёжи. Многие при этом, судя по всему, зависят от степени приверженности иммигрантов своей традиционной культуре. В этом смысле использование потенциала культуры происхождения и формирование «культурной преемственности» может выступать защитным фактором [43].

В то же время, иммигранты, особенно в первом поколении, а также беженцы в западном мире подвержены многочисленным факто-

рам риска, среди которых социальная изоляция, сложности адаптации к новым условиям и местной культуре, экономические и финансовые трудности, которые могут усугубить уже имеющиеся проблемы с психическим здоровьем или спровоцировать новые психические расстройства. Особое значение имеют аккультурационный стресс, дискриминация и языковые барьеры, что затрудняет доступ к услугам в области психического здоровья. Одной из проблем может стать ухудшение взаимоотношений в семье, межпоколенческие конфликты и трудности с подтверждением своего статуса в стране пребывания, угроза депортации и проблемы с законом. Тенденции среди иммигрантов различаются в различных принимающих странах, например, в Австралии и Канаде обычно уровни среди иммигрантов ниже, в то время как в США – выше, чем в общей популяции. Это совпадает с резкими изменениями миграционной политики в США. В ряде случаев можно заподозрить особую роль дискриминации и исторической памяти – очень высокий уровень суицидов среди корейской диаспоры в Японии может быть связан с отголосками расистского отношения к корейцам [34].

Интерес представляет обсуждаемый в некоторых работах «эффект здорового иммигранта», связанный, по мнению авторов, с селективной иммиграцией наиболее жизнестойких и готовых к трудностям [6, 13]. Однако в отношении суицидальности этот эффект, по-видимому, не передается от первого поколения ко второму. Степень этого эффекта среди молодых иммигрантов второго поколения варьирует в зависимости от других социально-демографических факторов, в частности от влияния цифровой среды, которая оказывает глобализующее влияние на психологические характеристики молодежи и суицидальное поведение.

Подводя итог, нужно отметить, что миграция – это не только перемена географического места жительства, это изменение социального окружения, а также переход из одного общества в другое, из одной культуры в другую, то есть переломное событие в биографии человека, часто сопровождающееся кризисными явлениями [44]. Переезд в другую страну может быть осуществлен под влиянием разнообразных мотивов: экономических (трудоустройство, высокий спрос на рабочую силу, более широкие экономические возможности, более высокая заработная плата), социальных (вступление в брак, воссоединение семьи, получение образования в другой стране), культурных (бо-

лее высокий культурный уровень, привлекательность культуры страны эмиграции), религиозных (смена конфессиональной принадлежности), психологических (желание посмотреть мир, общая заражённость эмиграционными настроениями: «все поехали и я поехал») и т.д. Многие из принявших решение эмигрировать уезжают со светлой надеждой на будущее. Однако, при перемещении в другую страну у мигранта может возникнуть целый ряд психологических сложностей, среди которых кризис культурной и национальной идентификации, потеря социального статуса, чувство малоценности, внутренние конфликты, разрушение концепции будущего, напряжённость в отношениях с супругами и детьми, «комплекс иностранца», изматывающие ностальгические переживания, нарушение принадлежности к группе, чувство вины перед оставленными на Родине родственниками и т.д. Кто-то, особенно при знании иностранного языка, не без труда, но всё же сравнительно неплохо вписывается в новую действительность и даже преуспевает в ней. Кому-то так и не удаётся полностью пережить «культурный шок» при столкновении с новой социальной, политической и культурной действительностью и интегрироваться в новое общество. Именно люди, не пережившие стресс аккультурации и не прошедшие все фазы адаптации, остаются маргинализованными, и находятся в зоне риска относительно суицидального поведения. В то же время, механизмы психологической адаптации в новой социокультурной среде имеют, как правило, универсальный характер и одинаковы для всех стран эмиграции. В связи с этим актуальным вопросом является разработка и внедрение практических программ психологической помощи для эмигрантов с учётом особенностей психологии этой группы.

В целом проведённый нами обзор даёт основание предполагать, что суициды среди мигрантов в современном глобализованном мире, похоже, всё меньше определяются «потерей родной почвы» и всё больше зависят от социально-экономических факторов. По крайней мере, в таком виде они предстают в современных западных исследованиях. Рассмотренные нами работы представляют ценность для нас прежде всего в плане использованных методологических подходов и дают возможность экстраполировать некоторые закономерности суицидального поведения на российские условия, особенно в контексте снижения барьеров и оценки нагрузки на ресурсы оказания психиатрической и психологической помощи.

MIGRATION, MIGRANTS AND SUICIDE: A BRIEF NARRATIVE REVIEW OF THE FOREIGN STUDIES

O.V. Felsendorff¹, V.A. Rozanov^{1,2}

¹St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

²V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

Abstract:

In the modern world, the intensity of migration processes is increasing, involving hundreds of millions of people. In many suicidological guidelines, immigrant status is considered a risk factor for suicide. However, migrants are not a homogeneous group; their motives are diverse, and the consequences for mental health and suicidal behavior are ambiguous. *Methodology.* A search was conducted in domestic and international databases on the problem of suicide among migrants. Thirty-five sources from Western countries were processed. *Results.* Suicidal behavior among migrants is most actively studied in Western countries, which are the main destination for international migration flows from countries with a lower economic level. Studies show that despite significant variation in the prevalence of suicidal ideation, attempts, and completed suicide, immigrants most often demonstrate characteristic of suicidal behavior that are inherent to their countries of origin. Consequently, immigrants from the Middle East, for example, have lower rates in the Western European countries compared to the local population, while immigrants from countries of the former USSR have relatively higher rates. Sometimes this pattern is visible only in the first generation, while in the second generation the levels begin to approach those typical of the host culture. Teenagers and young people, who are deeply involved in the global information context, are at a highest risk. The situation in different host countries depends on migration policy, the status of the migrant (refugees, undocumented migrants, those granted asylum or who have legalized their status), as well as the historically formed attitude towards migration. *Conclusion.* Suicides among migrants are a topical research subject in Western suicidology. The international experience accumulated in this area is of interest to us from the perspective of the methodology used for the analysis, as well as in the context of assessing possible burden on psychiatric and psychological support resources.

Keywords: suicidal behavior, suicides, migration, migrants, risk factors, protective factors

Introduction

The International Organization for Migration (IOM) within the UN, in its report "World Migration Report 2024," recently informed that the total number of international migrants has currently reached 281 million people, and the number of displaced persons has increased to 117 million [1]. The report views international migration as a factor stimulating human development and economic growth, emphasizing that most migration processes are organized and safe and provide access to new opportunities and livelihoods. At the same time, it is noted that the number of undocumented migrants has also sharply increased. The volume of international financing in this area has significantly increased over the past decades: from \$128 billion in 2000 to \$831 billion in 2022 [1].

At the same time, based on the history of Russian emigration as well as contemporary studies focused on psycho-social issues among migrants, the problem of suicides among them appears to be alarming and ambiguous [2,3]. In most suicide prevention guidelines, migrant status is mentioned as one of the risk factors for suicide [3,4]. There are data indicating that recent or repeated changes in place of residence are common among people who have committed suicide [4]. The official WHO website reports an increased risk of suicides among migrants, mainly due to mental health problems among them [5]. However, migrants are a very heterogeneous group. The reasons for migration can vary greatly, and much depends on the goals pursued by migrants, as well as the effectiveness of their adaptation to new conditions and the speed of acculturation. At the same time, it is necessary to take into account the modern context, and much of what was said about early twentieth-century migrants may no longer

be relevant today. Today's migration issue is a part of a broader topic related to globalization.

In one of the recent review papers on this subject, it is stated that the prevalence of suicidal thoughts, attempts, and completed suicides among migrants varies significantly according to different studies. Research aimed at comparing the risk of suicide between migrants and native populations of host countries also yields conflicting results [6]. This is likely due to differences across various countries, taking into account local specifics, unique causes and motives for migration, including the proportion of forced migrants (refugees) rather than just those seeking better lives. It is quite possible that researchers from recipient countries might not fully understand the cultural characteristics of newcomers since the distance between cultures increases along with the global nature of migratory processes.

Our experience studying psychological problems among migrants has prompted us to write this review. It is also worth noting that there are intensive immigration processes ongoing in Russia too [7], so analyzing the situation in different countries worldwide could be beneficial.

Materials and methods

The search was conducted in the PubMed and eLibrary databases using keywords such as "immigration and suicide", "migrants and suicide", "refugees and suicide", "suicides among migrants", "suicides among refugees and displaced persons", etc. It should be noted that no articles were found in the Russian-language segment. Identified foreign sources were selected based on their citation frequency, maximum relevance to the discussion topic, as broad geographical coverage as possible, inclusion of various groups, including adoles-

cents and individuals with mental disorders. Preference was given to large international meta-analyses and detailed national studies that paid attention to potential reasons for observed differences compared to the local population. A total of 35 sources were processed.

Systematic reviews and meta-analyses

A systematic narrative review published by Italian researchers analyzed both risk and protective factors contributing to suicidal behavior among migrants [6]. It notes that migration can lead to social isolation, discrimination, language barriers, acculturative stress, economic and financial difficulties. All these factors can impair mental health and trigger psychiatric disorders, making it harder for migrants to access professional help due to stigma and misunderstanding of their cultural peculiarities. Nevertheless, migrants often exhibit the same level of suicide risk as existed initially in their country of origin. Refugees form a special category characterized by higher suicide risks compared to both the indigenous population of the host country and other migrant groups. Exposure to armed conflicts and associated psychological trauma act as strong predictors of suicidal ideation among them. The review highlights that second-generation migrants (children born and raised in the country where their parents previously immigrated) demonstrate significantly more frequent suicidal behaviors compared to first-generation migrants (direct immigrants). Women-migrants with children show particularly high risks because they frequently do not receive adequate support due to limitations like stigma, language difficulties, and insufficient knowledge about existing socio-psychological assistance systems. They prioritize children's needs over their own well-being. Overall, the review concludes that the prevalence of mental disorders and suicide risks among migrants are closely linked to their living conditions. Constant concerns about safety, lack of housing, food, water, essential items, as well as difficulties accessing help – all these factors are associated with symptoms of PTSD and the prevalence of suicidal thoughts [6].

Another major European systematic review analyzed 24 studies conducted between 1990 and 2011, which compared the risk of suicide among adult immigrants to the general population risk in European countries [8]. As a result, it was found that immigrants from Northern and Eastern Europe, where national levels of suicide are traditionally high, had a higher rate of suicide compared to non-migrant groups. Gender and age differences were recorded: young female immigrants from Turkey, East Africa, and South Asia emerged as a high-risk group. Similar to previous findings, it was noted that immigrants carry the suicide risk inherent to their country of origin, especially during the initial stages of adaptation. The authors emphasize that in most immigrant groups, there is no elevated risk of suicide compared to the native population, and in some cases, it may even be even substantially lower [8].

Researchers from England presented an extensive review dedicated to the level of suicides and suicide risk among refugees and internally displaced persons, ana-

lyzing 4347 articles, from which they selected 77 studies. The most studied group consisted of refugees who received shelter. Suicide rates varied widely within this group, ranging from 4 to 290 per 100000 person-years. Prevalence rates for attempted suicide and suicidal ideation also varied considerably across studies, spanning from 0.14 to 15.1% and from 0.17 to 70.6%, respectively. Comparative analysis revealed differentiated suicide-related risks depending on legal status. Among refugees granted asylum, four out of five studies reported a lower risk of completed suicide compared to the native population. Conversely, among individuals awaiting asylum decisions, two out of three studies identified an elevated suicide risk. Similarly, among camp-dwelling refugees, two out of three studies indicated statistically significant higher rates of suicidal ideation compared to natives. The authors note that the existing evidence does not allow for definitive conclusions regarding risk and highlight challenges in developing targeted aid programs for vulnerable groups such as refugees and internally displaced persons [9].

A systematic review and meta-analysis carried out by Iranian researcher S. Amiri (2022) examined the global prevalence of suicidal behavior among immigrants and refugees, including suicidal ideation, completed suicides, suicide attempts, and suicide planning [10]. The analysis included 51 studies published up to December 2019 from PubMed and EMBASE databases. The resulting meta-analysis yielded the following prevalence estimates: suicidal ideation – 16%, suicide attempts – 6%, suicide planning – 4%. The prevalence of suicidal ideation was 10% among men and 17% among women, whereas suicide attempt rates were 1% and 7%, respectively. The odds ratio for death by suicide among immigrants was 0.91, and for suicide attempts it was 1.15. The author emphasizes the high prevalence of suicidal behavior, particularly suicidal ideation and attempts among immigrants, underscoring the need for targeted preventive measures and specialized care interventions for this population [10].

In another review, 678 sources covering the period from 1980 to 2017 were studied, of which 43 underwent further analysis. Some studies reported lower rates of suicide attempts, while others presented data showing higher rates of suicidal behavior and suicides among immigrants compared to the native population. A positive correlation was found between suicidal behavior and suicide rates in countries of origin. Young female immigrants of South Asian and African descent faced the highest risk of suicide attempts. Risk factors among migrants and ethnic minorities included language barriers, concern for family back home, and separation from family. Possible triggers for suicidal behavior included lack of information about healthcare services, loss of status, loss of social connections, and acculturation stress [11].

Another systematic review and meta-analysis focusing on mortality causes among *labor migrants* included data from 16 predominantly high-income countries, encompassing a total of 44338 registered deaths. The study covered diverse employment sectors, includ-

ing agriculture, construction, mining, and service industries. It was found that labor migrants experienced a higher risk of occupational injuries compared to local employees (1.71%) but a lower overall mortality risk (0.95%). Labor migrants were more likely to die from external causes (such as falls from heights or aggression towards them) than from internal ones (like respiratory or gastrointestinal illnesses). Additionally, migrant workers had a greater likelihood of dying from work-related homicides, particularly in retail trade and sex-industry. Evidence suggested a higher suicide rate among female migrant workers compared to local female employees. Factors associated with suicide risk include low proficiency in the local language, lack of formal documentation, and duration of stay in the host country. Work-related risk factors include unstable employment, specific policies toward labor migrants, and economic deregulation. The conclusion drawn was that labor migrants face a higher risk of workplace injuries despite being generally healthier than local workers, which may be explained by structural factors such as job instability and inadequate safety measures [12].

Thus, meta-analyses, which typically average results from different countries and cultures, do not provide a clear picture regarding whether migrants are at higher risk compared to locals. In this regard, local studies that offer more details and explanations are more informative. We are describing them here considering the particularities of recipient countries.

Countries open to immigration (Germany, Australia, Canada, USA)

Several countries, such as the United States, Australia, and Canada, consist entirely of migrants and remain open to immigration (with certain regulatory elements) until now. Germany can be considered somewhat similar, having seen a significant influx of migrants over the past decades due to the government policy. Studies on suicides among migrants are most numerous in these countries, clearly reflecting interest in the issue and possibly some concern within academic circles.

In *Germany*, based on national mortality statistics from 2000 to 2017, a comparison was made of suicide risks among Germans and nine major migrant groups, including those from Turkey, Italy, Poland, Greece, Ukraine, Russia, Romania, Netherlands, and Spain. The total observation base included 206056 cases of suicide [13]. The standardized mortality rates (SMR) calculated for these immigrant groups were lower than those of the German population, ranging from 0.24 (for Greek nationality) to 0.86 (for Russian nationality). Among immigrants, suicide mortality rates were highest among adolescents and decreased with age, being associated with both the level of suicides in their country of origin and socioeconomic factors. Interestingly, during global financial crises, the risk of suicide among migrants from countries most affected by the crisis declined more sharply compared to other regions. This unexpected finding is explained by an increase in immigration during such periods, which attracts primarily healthy and resilient individuals who are less likely to emigrate under normal

circumstances. This pattern aligns with what is known as the “immigrant paradox,” where first-generation immigrants typically demonstrate greater resilience [13].

Another study conducted in Germany investigated the suicide rate among repatriates from the former Soviet Union. The focus of this research shifted towards the relationship between suicide risk and the age at time of repatriation [14]. The study observed repatriates arriving in Germany between 1990 and 1999, followed up until 2010. For a sample size of 6378 individuals (3031 men and 3347 women), a cumulative observation period of 92149 person-years was recorded. The median migration age was 27 years for men and 30 years for women. Overall female mortality among repatriate women was significantly below expected levels (SMR=0.85 [0.75; 0.97]). In contrast, male mortality due to external causes was significantly higher overall (SMR=1.58 [1.09; 2.23]), particularly intentional self-harm (SMR=1.68 [0.90; 2.88]) and especially deaths with uncertain intent, such as poisoning by psychoactive substances (SMR=8.07 [4.02; 14.44]). Mortality from external causes increased significantly in the subgroup of migrants arriving after 1995 (SMR=1.87). Men aged 11–20 years at arrival were identified as the most vulnerable group, exhibiting extremely high risk of death from suicide (SMR=3.84) and deaths with unclear intentions (SMR=14.75), often seen as hidden reservoirs of suicidal behavior [14].

The results of this study also showed that adolescence and young adulthood at the time of migration are critical risk factors for developing suicidal behaviors and behavioral patterns leading to death from external causes. Discussing this, the authors suggested that previously existing protective factors (such as close family ties in the countries of origin) lose their effectiveness in the novel sociocultural conditions in Germany. It is assumed that triggering factors include conflicts related to increased urban population density (many repatriates came from rural areas) and changes in the ethno-cultural profile of repatriate families toward predominance of Russian-speaking identity, creating additional barriers to successful integration according to the researchers [14].

A separate attention deserves a study on suicides among refugees who arrived in Germany before and after 2015 – the threshold period of mass refugee immigration [15]. Data from the Federal Statistical Office of Germany covering 2000–2020 were used, including information about immigrants and the general population. Standardized mortality ratios (SMRs) with 95% confidence intervals were calculated using indirect standardization by sex, age, and calendar year for pre- and post-2015 periods. Analysis was performed for the entire sample and separately for people from Syria, Afghanistan, and Iraq. Overall, immigrants from these studied countries demonstrated a statistically significant lower suicide risk compared to the general German population (SMR=0.38; 95% CI: 0.35–0.41). No statistically significant differences in SMRs were found between the periods before and after 2015. However, in the post-2015 period, Afghan immigrants had a higher suicide risk (0.68; 95% CI: 0.54–0.83) compared to

Syrian (0.30; 95% CI: 0.25–0.36) and Iraqi (0.37; 95% CI: 0.26–0.48) groups. Despite several stress-related factors linked to migration, the risk of suicide mortality remained stable across the studied groups and was significantly lower than the nationwide German level. Authors suggest two key factors influencing this trend: 1) initially lower suicide rates in countries of origin, and 2) selective migration processes favoring relocation of individuals with higher psychological resilience [15].

In *Canada*, a population-based study utilizing administrative health system data from Ontario province was conducted over the period 2003–2017, involving over 9 million adults aged ≥ 18 years [16]. The primary variable was immigration status (long-term residents vs recent immigrants). Specific predictors for immigrants included immigration category (e.g., refugee status) and country of origin. Both completed suicides and emergency department visits following self-injury were considered. The study included 590289 recent immigrants and 8464790 long-term residents. The rate of completed suicides was significantly lower among immigrants ($n=130$; 3.3 per 100000 person-years) compared to long-term residents ($n=6,354$; 11.8 per 100000). The gender-specific difference in suicide rates was less pronounced in the immigrant group. Refugees exhibited a significantly higher risk of both suicide and self-injury compared to non-refugee immigrants. Emergency department visits for attempted suicide were also lower among immigrants ($n=2256$; 4.4 per 10000) compared to residents ($n=68039$; 9.7 per 10000). Unlike long-term residents, where low income was clearly associated with an elevated suicide risk, no such association was observed among immigrants, and the gradient of self-injury risk by income was weaker. Stratified analysis by country of origin revealed substantial variability in suicide (from 1.4 to 9.9 per 100000) and self-injury rates (from 1.8 to 14.9 per 10000). Thus, recent immigrants exhibit substantially lower levels of suicidal behavior compared to native-born populations, and socio-demographic predictors differ between the two groups. The authors argue that assessing suicide risk among immigrants requires consideration of contextual factors such as immigration status, region of origin, and characteristics of the host environment [16].

Another group of Canadian researchers conducted a comparative analysis of suicide rates among immigrants and the entire indigenous population of Canada [17]. Data were obtained from the Canadian Vital Statistics Database and WHO Annual Health Statistics Yearbook, while socio-demographic information for calculating indicators was derived from census materials. Age-standardized suicide rates were calculated for immigrants and indigenous populations broken down by gender and place of residence, along with suicide rates depending on age and gender based on three-year averages tied to censuses of 1991 and 1996. The study found that the suicide rate among immigrants was approximately twice as low as among the indigenous population. Significant differences in age distribution were noted: among immigrants, the suicide rate increased

with age, whereas among Canadians born in the country it was higher in younger age groups. Suicide rates among men exceeded corresponding rates among women in both groups, but this gender-related difference was statistically less pronounced among immigrants. The findings also indicate that the pattern of suicidal behavior among immigrants more closely resembled that typical of their countries of origin and differed from that of the indigenous population. Additionally, immigrants living in large cities (Toronto, Montreal, Vancouver) had lower suicide rates than those residing elsewhere in Canada [17]. This study confirms earlier conclusions from another Canadian work – indices of suicide among first-generation immigrants are lower than among those born in Canada [18].

Another interesting study was conducted in *Canada* focusing on a sample of young people from first- and second-generation immigrants compared to their peers from the local population, taking into account various socio-demographic factors. The study analyzed a representative cross-sectional survey dataset of youth aged 15–17 years old from the nationally representative Canadian Health Survey on Children and Youth (2019). Using multiple logistic regression analyses, associations were assessed between migratory status (independent variable) and suicidal behavior – both suicidal ideation and attempts within the last year. Socio-demographic covariates included gender, household income, and parental divorce status [19]. Results indicated that the odds of attempting suicide among second-generation immigrants were nearly double those of first-generation immigrants and, notably, non-migrants (odds ratio, $OR=1.68$; 95% CI: 1.07–2.63). Moreover, the link between second-generation immigrant status and suicide attempt became stronger in subgroups with high household incomes ($OR=2.04$; 95% CI: 1.30–3.21) and among those experiencing parental divorce ($OR=5.19$; 95% CI: 1.41–19.12). Similarly, the association with suicidal thoughts among second-generation immigrants was stronger among males ($OR=1.78$; 95% CI: 1.04–3.07) and in the divorced-parents group ($OR = 4.13$; 95% CI: 1.40–12.14). Furthermore, variations in risk levels were detected among first-generation immigrants based on their timing of arrival in the country. These findings highlight the complex interplay between migratory status and suicidal risk, mediated by key socio-demographic variables [19].

Australia belongs to countries with relatively high suicide risk, particularly among young people [20]. A retrospective analysis of suicide mortality rates among first-generation immigrants in Australia from 1974 to 2006 was carried out, comparing them with risks among Australian natives [21]. An additional correlation study examined suicide rates among immigrants from 23 different countries of origin and comparable rates in those same countries from 2001 to 2006. Age-standardized suicide mortality rates were calculated for each country-of-birth cohort for individuals aged 15 years or older, along with standardized mortality ratios (SMRs) with 95% confidence intervals. The analysis revealed a general downward temporal trend in suicide rates across all

studied groups both for men and women. The lowest values were recorded in 2004–2006. Throughout the study period, the highest suicide rates among males were observed in samples originating from Eastern, Northern, and Western Europe, as well as New Zealand. Female samples saw peak rates among those born in Western Europe and the United Kingdom (including Ireland). Conversely, the lowest suicide mortality rates were consistently documented among both male and female birth cohorts from North Africa and the Middle East, South and Central Asia, and Southeast Asia. Statistical analysis uncovered a significant positive correlation between suicide rates among male immigrants from certain countries and rates in their respective home countries. These findings allowed authors to conclude that dynamics of suicide levels among immigrant populations are strongly influenced by sociocultural norms characteristic of their countries of origin. Overall reduction in suicide risk in the studied immigrant population was statistically significant, with the most pronounced positive trends evident among male cohorts [21].

The aim of another study by Australian researchers was to describe the sociodemographic profile of second-generation migrants who committed suicide and compare the suicide risk in this group with the rest of the Australian population [22]. Official statistics on suicide cases from 2001 to 2008 were utilized, supplemented with registry data from states and territories regarding the parents' country of origin, allowing differentiation by migration status (first, second, and subsequent generations, i.e., the local population). Regression analysis results showed that second-generation migrants accounted for 811 suicide cases (14.6% of the total number). Compared to other groups, individuals in this cohort were generally younger and less frequently married. It was also found that second-generation male migrants aged 25–39 had a higher suicide risk compared to first-generation immigrants but a lower one compared to third and later generations. On the contrary, in the age group above 60 years, second-generation migrants displayed a lower suicide risk than first-generation ones. The findings suggest that second-generation immigrants in Australia do not show an elevated suicide risk when compared to the native population. The reduced suicide risk among second-generation men aged 25–39 relative to third and later generations may be attributed to better socio-economic status and psychological resources developed through bicultural socialization. The authors did not provide explanations for the higher suicide levels among elderly first-generation migrants [22].

In yet another study from Australia, national-level suicide rates and trends were analyzed among different migrant groups from 2006 to 2019 [23]. Relative suicide risk assessment involved calculation of mortality coefficients with 95% confidence intervals, age-standardized rates per 100000 of population, and annual percentage change. Findings showed that all migrant groups except women from Oceania had statistically significantly lower suicide risk compared to native Australians. Women from European countries and Oceania had a higher sui-

cide risk relative to women from Anglophone nations. Male migrants from Oceania and Africa exhibited high suicide mortality rates without any significant dynamic changes throughout the study period, while African females showed an 8% yearly increase in suicide levels. The collected data indicates disproportionately higher vulnerability to suicidal behavior among migrants from Oceania and Africa compared to other migrant groups in Australia [23].

An intriguing cross-cultural study from Australia aimed to analyze suicide risks and protective factors among first-generation immigrants from five Horn of Africa countries (Ethiopia, Eritrea, Somalia, Djibouti, Somaliland) residing in Victoria state [25]. Employing snowball sampling methods within each community, surveys were administered to assess knowledge, attitudes, and practices concerning suicidal behavior. Key findings highlighted three main risk factors: lack of effective collaboration between community resources and official support services, widespread stigma surrounding suicide, and insufficient awareness about issues related to suicidal behavior. These risk factors manifest themselves in limited engagement with mental health services, increasing the likelihood of actualizing suicidal intentions and other adverse outcomes. Simultaneously, religious leaders, community figures, and traditional healers emerged as crucial protective elements providing support to immigrant communities by addressing challenges related to suicidal tendencies and mental health [25].

In the *USA*, there has been a sharp rise in the number of immigrants recently accompanied by an increase in suicide risks among them. Given that the US situation is characterized by a high level of illegal immigration, studies from the USA emphasize the connection between migrants' suicidal behavior and psychosocial problems [26–29]. One particular study employed the Suicidality Behavior Questionnaire Revised (SBQR) to examine a representative sample of young immigrants (aged 18–25; N=366), accounting for respondents' sense of belonging and immigration status, including undocumented status, Deferred Action for Childhood Arrivals program (DACA), permanent residency, or U.S. citizenship [26]. Regression analysis results demonstrated a statistically significant association between undocumented/DACA status and heightened suicidal behavior measures compared to permanent residents and U.S. citizens. Intensity of suicidal behavior negatively correlated with feelings of social acceptance and positively with fears of deportation and concerns about becoming victims of persecution. The study revealed that the link between undocumented status and suicidal behavior is mediated by the perception of oneself as unwanted personality in American society. The authors underline the importance of interpersonal determinants of suicide risk among young unauthorized immigrants and call for culturally sensitive interventions, legal, and policy solutions aimed at reducing risks among this group [26].

Similar questions are addressed in the work by Erfani et al. [27]. In this study, the annual suicide rate among migrants detained by the US Immigration and

Customs Enforcement Service was calculated for the period 2010–2020. Dates and causes of death were verified using public database records, media reports, and press releases from the Immigration and Customs Enforcement Service. Annual suicide rates were calculated in two metrics: cases per 100000 person-years of observation and cases per 100000 hospitalizations. The analysis results showed that the average suicide rate from 2010 to 2019 was 3.3 per 100000 person-years (SD: 2.6). In 2020, a 5.3-fold increase in suicide mortality was recorded compared to the decadal mean value, reaching 17.4 per 100000 person-years. When calculated per hospitalization metric, the average rate for 2010–2019 was 0.3 per 100000 hospitalizations (SD: 0.3), while in 2020 an 11-fold increase was observed, reaching 3.4 per 100000 hospitalizations. The obtained data indicate a significant increase in suicide rates among migrants held in detention facilities in 2020 compared to the preceding decade-long period, which the authors interpret in terms of systemic deterioration in mental health within the immigration service penal system [27].

Another study from the USA focused on evaluating the impact of immigration status on suicide mortality rates [28]. Completed suicides data for the period 1998–2001 were obtained from medical reports of Riverside County, California, while control group information was based on the 2000 Census data. The analysis demonstrates a statistically significant association between immigration status and increased suicide risk. Divorced individuals from the immigrant population committed suicide 2.07 times more frequently (OR = 2.07; 95% CI: 1.24–3.45) compared to native residents. Individuals with short durations of stay in the USA showed a 2.6-fold increase in suicide risk (OR = 2.60; 95% CI: 1.55–4.35) relative to the control group. An inverse correlation was found between duration of residence in the country and suicide risk, with shorter stays associated with higher suicide mortality rates. The authors point to the need for social integration of immigrant groups into the host community and recommend preventive programs considering recent immigrants as a group with elevated suicide risk [28].

Monocultural countries receiving immigrants

Unlike countries with the whole populations historically formed as a consequence of migration, where cultural diversity and ethnic enclaves are commonplace, monocultural countries like Israel and Japan, dedicated to the culture of the titular nation, can present unique features. A recent notable study from Israel focuses on suicide risk factors among Ethiopian immigrants, who display higher suicide mortality rates compared to other demographic groups [30]. Within the study, an age-standardized comparative analysis of suicide rates was conducted among three population groups: Ethiopian immigrants, returnees from the former Soviet Union, and Israeli-born inhabitants from 1985 to 2017, stratified by gender, age, marital status, and period of repatriation. Analysis results revealed a consistent pattern: age-standardized suicide rates among Ethiopian immigrants were 3.1 times higher than those in the group of

returnees from the former Soviet Union and 4.1 times higher than in the group of Israeli-born inhabitants. Similar trends were observed for both genders, within each age group, and throughout the study period. Three phases of suicide dynamics among Ethiopian immigrants were identified: a marked decline (1992–2001), subsequent growth (2001–2006), and progressive decrease thereafter (post-2006). Fluctuations were less pronounced among women. Marriage appeared to play a lesser protective role for Ethiopian immigrants. The findings are interpreted by the authors in the context of sociocultural disintegration and intra-family conflicts diminishing the traditional protective potential of marriage relationships. Variations in suicide levels among Ethiopians over time seem to correlate with changes in the social security system. The authors suggest that Ethiopian immigrants facing socioeconomic difficulties and familial conflicts should undergo screening for suicide risk, and identified individuals should attend specialized seminars tailored to Ethiopian cultural specificities [30].

Another study aimed to identify the relationship between suicidal behavior and immigrant status among Israeli residents and returnees from the former Soviet Union [31]. Data from the Israeli branch of the World Mental Health Survey were utilized, containing information on suicidal thoughts, plans, and suicide attempts. The representative sample included native-born Israelis (n=2114) and immigrants from former Soviet Union countries who arrived after 1990 (n=814). Statistical data on completed suicides were retrieved from the Ministry of Health's national register. Standardized lifetime prevalence estimates of suicidal behavior among immigrants from the former Soviet Union showed statistically significant excess compared to native-born Israelis. The greatest relative risk was found among those who immigrated recently (less than 5 years since arrival), young adults with university education, and unmarried participants. Analysis of completed suicides revealed persistently high rates among the immigrant population, with maximum values among young adult males. The findings correlate with suicide mortality data from countries of origin and align with the concept of acculturative stress [31].

Despite the peculiarities of Japanese culture and language complexity, Japan too sees a growing number of immigrants. Based on national mortality statistics, Japanese authors calculated age-standardized suicide rates for eight foreign citizen groups (Brazil, China, Korea, Peru, Philippines, Thailand, UK, and USA) stratified by gender over the period 1980–2015 [32]. Comparison of suicide levels in these groups with those of the native Japanese population was done via relative risk calculations. There was also an in-depth analysis of the Korean diaspora, showing the highest suicide mortality rates, with a comparative study of suicide levels among Koreans in Japan versus Republic of Korea. Study results indicated that the Korean and Chinese diasporas showed similar or even higher suicide rates compared to the Japanese population, while the remaining groups exhibited lower rates. Of special interest is the

persistent suicide mortality trend among Koreans, whose rates were twice as high as those in the Japanese population, systematically exceeding corresponding rates in the country of origin. The findings suggest a lack of universal influence pattern of host country's suicide rates on immigrant communities. The authors explain suicidal activity in the Korean diaspora by a complex set of socioeconomic determinants, including structural discrimination, restricted access to resources, and acculturative stress [32].

An interesting example comes from Turkish authors studying the Turkish diaspora in Switzerland. They note that Turkish migrants experience a higher frequency of suicide attempts compared not only to the native population of host countries but also to Turkish residents, suggesting the influence of specific stressors related to migration experiences and acculturation difficulties [33]. Within a case-control design framework, a clinical sample consisting of 70 patients of Turkish descent admitted to the emergency department of Basel University Hospital following a suicide attempt was formed. The control group consisted of 70 Swiss suicide attempters matched by age and gender. The findings confirmed a higher incidence of suicide attempts in the study sample. Notably, women dominated in the Turkish migrant group (female-to-male ratio of 2.2 to 1), with 38.6% of all cases occurring among women aged 15–25, highlighting their particular vulnerability. Qualitative analysis of motivational components revealed similarities and distinctions between the groups. Relationship problems stood out as the dominant factor in both samples, reported by 63% of Swiss and 54% of Turkish patients. Interestingly, 14% of Swiss but none of the Turkish patients cited social isolation as a reason for attempting suicide. Meanwhile, 9% of Turkish patients listed "threat of losing/refusal of asylum status" as the principal cause. Substantial differences were also noted in the choice of means for suicide attempts: Turkish immigrants predominantly used analgesics, whereas Swiss patients favored benzodiazepines. The data convincingly illustrate how suicidal behavior among Turkish migrants in Switzerland is determined by a complex interaction of culturally specific and immigration-law-related factors [33].

Special categories – refugees, adolescents, mothers with children, mentally ill

Refugee status implies a distinct set of risk factors given the motives behind immigration and probable recent traumatic experiences. A study in Denmark sought to compare suicide risks and suicide attempts between refugees and the native population. A retrospective analysis method was employed [34]. Data on asylum seekers and Danish residents from 2009 to 2019 were sourced from immigration authorities and national registers. The study included 78666 refugees. Significant differences were found between the groups, with the suicide attempt rate standing at 842.0 per 100000 person-years among asylum seekers versus 92.3 per 100000 person-years in the general population. Particularly noteworthy is the subset of unaccompanied minors, where the rate in the period 2015–2019 was 5.8 (95% CI: 4.3–7.5) times higher than in the general population. Statistically significant

differences in completed suicide rates between asylum seekers and the general population were not observed, nor were there any registered cases of completed suicide among unaccompanied minors despite attempts. The findings compellingly indicate a significantly higher level of suicide attempts (but not suicides) among asylum seekers compared to the general Danish population, particularly among unaccompanied minors [34].

An important aspect of the problem is the prevalence of mental disorders among migrants and the possibility of exacerbating these conditions under the influence of acculturative stress. In Italy, a comparative study was conducted examining suicidal thoughts and suicide attempts in a representative sample of psychiatric inpatients considering their immigrant status [35]. The study included 152 immigrant patients paired with 152 Italian patients matching for key clinical-demographic parameters (age, gender, and psychiatric diagnosis upon admission). Comparative analysis encompassed a range of socio-demographic and clinical characteristics, including diagnostic specificity of mental disorder, disease onset age, illness duration, previous hospitalizations, current hospitalization length, history of suicidal behavior, and comorbid substance abuse pathology. Statistical analysis failed to reveal significant intergroup differences in terms of suicidal ideation (both historical and actual) and suicide attempts. The sole statistically significant differences were shorter disease duration among immigrants and higher prevalence of substance abuse among Italian patients. Considering the comparability of suicide risk levels across the studied groups, the authors conclude that uniform protocols and algorithms could be applied to evaluate suicide risk for all psychiatric inpatients regardless of their ethnocultural background [35].

A study from the UK, similarly focused on evaluating the role of mental disorders, presented two samples: individuals with less than 5 years of residence (recent migrants) and those in the process of legalizing their migration status [36]. Data from the National Confidential Survey of Suicides in Psychiatric Practice from 2011 to 2019 were utilized. The study yielded the following results: Out of 13948 recorded suicides, 593 cases belonged to recent immigrants, including 48 individuals in the process of legalization. The standardized suicide mortality rate among migrants seeking legalization reached 23.8 per 100000 of population (95% CI 17.3–32.1) for 2011–2017, demonstrating statistically significant excess over the general population level (10.6 per 100,000; $p=0.0001$). Ethnic minorities represented 15% of recent migrants and 70% of applicants for residence permits (compared to 7% among non-native populations), although clinicians rated them as having lower long-term suicide risk (63% and 76%, respectively, against 57%). At the same time, a higher frequency of suicides within three months after discharge from hospitals was observed among recent migrants (19% vs. 14%), while applicants for residence status showed higher prevalence of schizophrenia and other delusional disorders (31% vs. 15%) and recent psychotraumatic events (71% vs. 51%). Therefore, immigrants tend to exhibit a more pronounced psycho-

pathological profile at the moment of suicide, potentially linked to a combination of stressors and/or limited access to early detection services. The authors note that the paradoxical discrepancy between objective severity of condition and clinical risk assessment calls for implementation of an interdisciplinary approach to suicide prevention, taking into account specific stressors affecting migrant groups [36].

Youth populations worldwide are characterized by rising rates of suicidal thoughts, self-harming behaviors, suicide attempts, and completed suicides [37, 38]. Amidst intensifying globalization processes, there is an increase in mobility among young people migrating between countries seeking educational opportunities and employment. An international review dedicated to suicidal behavior (suicidal thoughts, attempts, completed suicide) among young immigrants conducted a systematic search in databases such as Medline, Embase, and PsycINFO dating back to their inception until March 31, 2022 [39]. The geography of source countries in this study spanned widely, from numerous Asian and Arab countries to countries of the former Soviet Union and Eastern Europe, with destination countries including the USA, Canada, Australia, Greece, the Netherlands, UAE, Sweden, and Germany. Aggregated results indicated that young migrants exhibit higher rates of self-harming behaviors and suicide attempts compared to non-immigrant youth, though no statistically significant differences were found in the prevalence of suicidal thoughts and completed suicides. The authors emphasize the necessity of conducting more rigorous methodological studies and implementing targeted preventive programs and policies aimed at reducing suicidal behavior risks among young migrants [39].

Researchers from the UK and Thailand drew attention to suicide mortality among female migrants. This issue arises from the combined effects of psychosocial and socioeconomic stressors, including past traumas, social isolation, economic instability, and limited access to healthcare [40]. The authors analyzed mortality data from the Malaria Research Centre spanning from 1998 to 2015, which included women receiving obstetric care in a refugee camp on the border between Thailand and Myanmar, as well as migrant women. Over the study period, six out of 65 maternal deaths (9%) were classified as suicides. Calculated suicide mortality rates reached 16.4 per 100000 live births (95% CI: 5.7–37.9) among refugees and 13.8 per 100000 live births (95% CI: 3.8–50.2) among migrants. These values far exceed both global averages for low- and middle-income countries and those of high-income countries (0.80 per 100000 live births in the UK). All women who died by suicide were aged 18–36 and ranged from 9 to 30 weeks pregnant. The primary method of suicide was poisoning (quinine, pesticides). The findings unequivocally indicate disproportionately high levels of maternal suicide mortality in these vulnerable groups [40].

One particular group of suicide attempters consists of individuals engaging in repeated suicide attempts, who commonly report histories of family suicides, somatic

illnesses, mental disorders, higher depression scores, intentionality, and lower social support levels [41]. Utilizing data from the WHO MONSUE project, a comparison was made between the frequency of repeat suicide attempts among immigrants and local European populations, as well as recurrence timelines in these groups [42]. The project covered seven European countries with a total of $n=13566$ participants, including 10574 representatives of the local population and 3032 immigrants. Binary logistic regression results showed significantly lower rates of repeat suicide attempts among Eastern European immigrants and non-European migrants compared to the native population. Immigrants from Eastern Europe were characterized by later relapse timelines for suicidal behavior relative to the control group. Thirty-two percent of recurrent attempts occurred within the first 30 days of follow-up. The analysis also revealed negative correlations between age and recurrence probability, as well as an increased risk of repetition among women who used more lethal methods during their initial attempt. According to the authors, the reduced frequency of repeat suicide attempts among non-Western immigrants, despite their initially higher suicidal activity, suggests situational nature of suicidal crises in these groups [42].

Conclusion

Our review of relevant studies leads to the following conclusions. The issue of suicidal behavior among migrants is most actively explored in Western countries, which receive the majority of international migration flows from economically disadvantaged regions. Most available data relate to mortality and hospital admissions following suicide attempts, reflecting the high quality of event registration and accessibility of these datasets for analysis. Fewer studies exist that assess suicidal thoughts and planning, which are usually confined to teenagers and young adults, clinic patients, or detainees awaiting trial, representing organized groups. Studies demonstrate considerable variation in the prevalence of suicidal thoughts, attempts, and completed suicides, with immigrants generally experiencing these phenomena to the extent they occur in their countries of origin. Consequently, immigrants from Arab countries in Western Europe exhibit lower rates compared to locals, while those from the former Soviet Union tend to have relatively higher rates.

At the same time, immigrants, particularly first-generation arrivals and refugees in Western societies, face numerous risk factors, including social isolation, adaptation to new environments and cultures challenges, economic and financial hardships, which can exacerbate pre-existing mental health issues or trigger new mental disorders. Acculturative stress, discrimination, and language barriers pose obstacles to accessing mental health services. Family relationship breakdowns, generational conflicts, difficulties confirming one's status in the host country, threats of deportation, and legal problems are further contributing factors. Trends vary across recipient countries: in Australia and Canada, immigrant suicide rates are typically lower, while in the USA they are higher than in the general population, coinciding with drastic

shifts in US migration policies. In some instances, one might suspect a special role played by discrimination and historical memory – for instance, the very high suicide rates among the Korean diaspora in Japan could reflect echoes of racist treatment towards Koreans [34].

Of interest is the so-called "healthy immigrant effect," discussed in some publications, which is believed to stem from the selective migration of the most resilient and prepared individuals [6, 13]. However, this effect does not appear to transfer from the first generation to the second in relation to suicidality. The degree of this effect varies among second-generation young immigrants depending on other socio-demographic factors, particularly the influence of digital media, which exerts a globalizing influence on the psychological traits and suicidal behavior of young people.

To summarize, migration is not merely a geographical relocation; it represents a transformation of social surroundings and transition from one society to another, from one culture to another—a pivotal event in an individual's biography, often accompanied by crisis phenomena [44]. Relocation to another country can be driven by diverse motivations: economic (employment opportunities, high demand for labor force, broader economic prospects, higher wages), social (marriage, family reunification, pursuing education abroad), cultural (higher cultural standards, attraction to the culture of the target country), religious (change of confessional affiliation), psychological (desire to explore the world, contagious emigration sentiment: "everyone went, so I went"), etc. Many who decide to emigrate leave their homes with bright hopes for the future. However, upon

moving to a new country, migrants may encounter a series of psychological challenges, including crises of cultural and national identity, loss of social status, feelings of inadequacy, internal conflicts, disruption of future concepts, strained relations with spouses and children, the "foreigner syndrome," exhausting nostalgic experiences, impaired group belonging, guilt towards relatives left behind, etc. Some, especially if proficient in a foreign language, manage to adapt, albeit with difficulty, and even thrive in their new reality. Others never fully overcome the "cultural shock" resulting from exposure to unfamiliar social, political, and cultural realities, failing to integrate into the new society. Those who do not navigate the stresses of acculturation and complete all stages of adaptation remain marginalized and are at risk of suicidal behavior. Nonetheless, mechanisms of psychological adaptation in a new sociocultural setting are generally universal and apply equally to all countries of emigration. Therefore, there is the need to develop and implement practical psychological assistance programs tailored to the specific needs of emigrants.

Overall, our review provides grounds to assume that suicides among migrants in today's globalized world increasingly depend less on the "loss of homeland" and more on socioeconomic factors. At least, this is how they appear in contemporary Western research. The reviewed studies are valuable to us mainly because of the methodological approaches they employ, enabling extrapolation of certain patterns of suicidal behavior onto Russian conditions, particularly in the context of lowering barriers and assessing demands on resources for delivering psychiatric and psychological care.

Литература / References:

- World Migration Report. IOM. 2024. 384 p.
- Бердяев Н.А. О самоубийстве: Психологический этюд. Париж: YMCA-press, 1931. [Berdyayev NA. Suicide: A psychological etude. Paris. YMCA-press, 1931.] (In Russ) <https://rusneb.ru/catalog/000199000009000360740/> (ass. 15.11.2025)
- Hankir A, Bhugra D. Immigrant populations and suicide. In: Danuta Wasserman (ed.). Suicide: An unnecessary death, 2 edn. (Oxford, 2016). P. 161-172. DOI: 10.1093/med/9780198717393.003.0017
- Montgomery A, Bhugra, D. Suicide among migrants. In D. Wasserman (Ed.), Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. (2nd ed., pp. 233–240). 2021. Oxford University Press.
- Refugee and migrant mental health. Key facts. Sept 01. 2025. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-mental-health> (assessed Oct. 21/2025)
- Spataro G, Ventriglio A, Signorelli MS, Marrasso G. Suicide among migrants: a comprehensive narrative review of literature. *Int Rev Psychiatry*. 2024; 36 (4-5): 413-423. DOI: 10.1080/09540261.2024.2327389
- Иванова Е.А. Графшонкина А.А., Степанов С.А. Современные миграционные процессы в Российской Федерации: политико-правовой анализ. *Социально-политические науки*. 2025; 15 (5): 88-94. [Ivanova EA, Grafshonkina AA, Stepanov SA. Modern migration processes in the Russian Federation: political and legal analysis. *Sociopolitical Sciences*. 2025; 15 (5): 88-94.] (In Russ) DOI: 10.33693/2223-0092-2025-15-5-88-94
- Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. Suicide among immigrants in Europe – a systematic literature review. *Eur J Public Health*. 2015; 25 (1): 63-71. DOI: 10.1093/eurpub/cku121
- Cogo E, Murray M, Villanueva G, et al. Suicide rates and suicidal behaviour in displaced people: A systematic review. *PLoS One*. 2022; 17 (3): e0263797. DOI: 10.1371/journal.pone.0263797
- Amiri S. Prevalence of Suicide in Immigrants / Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Suicide Res*. 2022; 26 (2): 370-405. DOI: 10.1080/13811118.2020.1802379
- Forte A, Trobia F, Gualtieri F, et al. Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: a literature overview. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15 (7): 1438. DOI: 10.3390/ijerph15071438
- Lau K, Aldridge R, Norredam M, et al. Workplace mortality risk and social determinants among migrant workers: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2024; 9 (11): e935-e949. DOI: 10.1016/S2468-2667(24)00226-3
- Brennecke G, Stoeber FS, Kettner M, et al. Suicide among immigrants in Germany. *J Affect Disord*. 2020; 274: 435-443. DOI: 10.1016/j.jad.2020.05.038
- Deckert A, Winkler V, Meisinger C, et al. Suicide and external mortality pattern in a cohort of migrants from the former Soviet Union to Germany. *J Psychiatr Res*. 2015; 63: 36-42. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2015.02.020
- Le NTH, Genuneit J, Brennecke G, et al. Suicide among post-Arabellion refugees in Germany. *BJPsych Open*. 2024; 10 (6): e188. DOI: 10.1192/bjo.2024.755
- Saunders NR, Chiu M, Lebenbaum M, et al. Suicide and self-harm in recent immigrants in Ontario, Canada: a population-based study. *Can J Psychiatry*. 2019; 64 (11): 777-788. DOI: 10.1177/0706743719856851
- Malenfant EC. Suicide in Canada's immigrant population. *Health Rep*. 2004; 15 (2): 9-17.
- Strachan J, Johansen H, Nair C, Nargundkar M. Canadian suicide mortality rates: first-generation immigrants versus Canadian-born. *Health Rep*. 1990; 2 (4): 327-341.
- Obeegadoo I, Kingsbury M, Anderson KK, Colman I. Suicidality in first-generation, second-generation and non-immigrant youth in Canada. *J Migr Health*. 2024; 11: 100296. DOI: 10.1016/j.jmh.2024.100296

20. Dziak M. Suicide in Australia. *EBSCO*. 2023. <https://www.ebsco.com/research-starters/psychology/suicide-australia> [assessed November 23 2025].
21. Ide N, Kölves K, Cassaniti M, De Leo D. Suicide of first-generation immigrants in Australia, 1974-2006. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012; 47 (12): 1917-1927. DOI: 10.1007/s00127-012-0499-4
22. Law CK, Kölves K, De Leo D. Suicide mortality in second-generation migrants, Australia, 2001-2008. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014; 49 (4): 601-608. DOI: 10.1007/s00127-013-0769-9
23. Maheen H, King T. Suicide in first-generation Australian migrants, 2006-2019: a retrospective mortality study. *Lancet Reg Health West Pac*. 2023; 39: 100845. DOI: 10.1016/j.lanwpc.2023.100845
24. Maheen H, Doran CM. Economic Cost of Suicide Among Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Migrants in Australia. *Int J Environ Res Public Health*. 2025; 22 (6): 892. DOI: 10.3390/ijerph22060892
25. Mihtsintu Y, Yohannes K, Gebirat A. Knowledge, attitudes and practices towards suicide among immigrants from the horn of Africa in Victoria, Australia. *Int J Soc Psychiatry*. 2023 Sep; 69 (6): 1510-1519. DOI: 10.1177/00207640231167075
26. Venta A, Long T, Mercado A, et al. When the United States says you do not belong: Suicide-related thoughts and behaviors among immigrant young adults varying in immigration legal status. *Suicide Life Threat Behav*. 2022; 52 (5): 876-886. DOI: 10.1111/sltb.12871
27. Erfani P, Chin ET, Lee CH, et al. Suicide rates of migrants in United States immigration detention (2010-2020). *AIMS Public Health*. 2021; 8 (3): 416-420. DOI: 10.3934/publichealth.2021031
28. Kposowa AJ, McElvain JP, Breault KD. Immigration and suicide: the role of marital status, duration of residence, and social integration. *Arch Suicide Res*. 2008; 12 (1): 82-92. DOI: 10.1080/13811110701801044
29. Kim W, Kim J, Cho H, Gillis K. Suicide Involving Intimate Partner Problems Among Immigrants in the United States. *J Interpers Violence*. 2025; 8862605251322819. DOI: 10.1177/08862605251322819
30. Youngmann R, Zilber N, Haklai Z, Goldberger N. Suicide rates and risk factors for suicide among Israeli immigrants from Ethiopia (1985-2017). *Isr J Health Policy Res*. 2021; 10 (1): 27. DOI: 10.1186/s13584-021-00454-0
31. Mirsky J, Kohn R, Dolberg P, Levav I. Suicidal behavior among immigrants. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011; 46 (11): 1133-41. DOI: 10.1007/s00127-010-0280-5
32. Ueda M, Yoshikawa K, Matsubayashi T. Suicide by persons with foreign background in Japan. *PLoS One*. 2019; 14 (2): e0211867. DOI: 10.1371/journal.pone.0211867
33. Tarik Yilmaz A, Riecher-Rössler A. Attempted suicide in immigrants from Turkey: a comparison with Swiss suicide attempters. *Psychopathology*. 2012; 45 (6): 366-373. DOI: 10.1159/000337266
34. Khan Amiri D, Madsen T, et al. Suicide and Suicide Attempts Among Asylum-Seekers in Denmark. *Arch Suicide Res*. 2023; 27 (2): 415-425. DOI: 10.1080/13811118.2021.2011809
35. Berardelli I, Tarsitani L, Sarubbi S, et al. Suicide risk and suicide risk factors among immigrants in Italy: A bi-center matched sample study. *Int J Soc Psychiatry*. 2023; 69 (1): 111-116. DOI: 10.1177/00207640211072425
36. Tham SG, Hunt IM, et al. Suicide among psychiatric patients who migrated to the UK: a national clinical survey. *EClinicalMedicine*. 2023; 57: 101859. DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.101859
37. Розанов В.А. Самоубийства среди детей и подростков – что происходит, и в чем причина? *Суицидология*. 2014; 5 (4): 16-31. [Rozaanov VA. Suicides in children and adolescents: what is happening and what is the reason? *Suicidology*. 2014; 5 (4): 16-31. (In Russ)]
38. Senapati RE, Jena S, Parida J, et al. The patterns, trends and major risk factors of suicide among Indian adolescents – a scoping review. *BMC Psychiatry*. 2024; 24: 35. DOI: 10.1186/s12888-023-05447-8
39. Basu A, Boland A, Witt K, Robinson J. Suicidal Behaviour, including Ideation and Self-Harm, in Young Migrants: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19 (14): 8329. DOI: 10.3390/ijerph19148329
40. Fellmeth G, Paw MK, Wiladphaingern J, et al. Maternal suicide risk among refugees and migrants. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016; 134 (2): 223-224. DOI: 10.1016/j.ijgo.2016.02.011
41. Liu Y, Zhang J, Sun L. Who are likely to attempt suicide again? A comparative study between the first and multiple timers. *Compr Psychiatry*. 2017; 78: 54-60. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.07.00
42. Lipsicas CB, Mäkinen IH, Wasserman D, et al. Repetition of attempted suicide among immigrants in Europe. *Can J Psychiatry*. 2014; 59 (10): 539-547. DOI: 10.1177/070674371405901007
43. Deriu V, Benoit L, Moro MR, Lachal J. Idées suicidaires et tentatives de suicide à l'adolescence en contexte migratoire [Suicidal thoughts and suicide attempts in adolescence among migrants]. *Soins Psychiatr*. 2018; 39 (316): 22-26. (In French) DOI: 10.1016/j.spsy.2018.03.005
44. Хрусталева Н.С., Новиков А.И. Эмиграция и эмигранты. СПб: Нестор-История, 2025. [Khrustaleva NS, Novikov AI. Emigration and Emigrants. SPb: Nestor-Istoriya, 2025.] (In Russ)

Вклад авторов:

О.В. Фельсendorff: разработка дизайна исследования, написание текста рукописи;

В.А. Розанов: разработка дизайна исследования, написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

O.V. Felsendorff: study design development, writing the text of the manuscript;

V.A. Rozanov: study design development, writing and editing the text of the manuscript.

Information about the authors:

Felsendorff Olga V. – PhD, senior lecturer (ORCID iD: 0000-0001-5986-5138). Place of work and position: Senior lecturer of the Chair of Psychology of Crisis and Extreme situations, Department of Psychology of “St. Petersburg State University”. Address: 6 Makarova embankment St. Petersburg, 199034, Russia. Phone: +7 (812) 324-25-74

Rozanov Vsevolod A. – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Place of work and position: Acting head of the Chair of Psychology of Crisis and Extreme situations, Department of Psychology of St. Petersburg State University. Address: 6 Makarova embankment St. Petersburg, 199034, Russia. Phone: +7 (812) 324-25-74. Chief Scientist, Department of Psychotherapy and Treatment of Borderline Disorders, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology. Address: 3, Bekhterev str., St. Petersburg, 192019, Russia. Phone: +7 (812) 670-02-20, email: v.rozanov@spbu.ru

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 11.10.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 12.12.2025.

Для цитирования: Фельсendorff О.В., Розанов В.А. Миграция, мигранты и суицид: краткий нарративный обзор иностранных исследований. *Суицидология*. 2025; 16 (4): 3-26. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-3-26

For citation: Felsendorff O.V., Rozanov V.A. Migration, migrants and suicide: a brief narrative review of the foreign studies. *Suicidology*. 2025; 16 (4): 3-26. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-3-26

ДЕКОМПЕНСАТОРНАЯ (МИНУС) МОДЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ. ЧАСТЬ II. КОНТР-СУИЦИДАЛЬНАЯ СИСТЕМА, КОНТР-СУИЦИДАЛЬНЫЕ БЛОКИ

А.В. Меринов

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

THE DECOMPENSATORY (MINUS) MODEL OF SUICIDAL BEHAVIOR. PART II. COUNTER-SUICIDAL SYSTEM. COUNTER-SUICIDAL BLOCKS

A.V. Merinov

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Сведения об авторе:

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

Цель исследования: данная работа является второй частью сообщения, посвящённого декомпенсаторной модели суицидального поведения (ДМС). Первая часть касалась концептуальных моментов предлагаемой модели, роли и места контр-суицидальной системы (КСС). Настоящее сообщение посвящено её внутреннему наполнению. КСС состоит из восьми контр-суицидальных блоков (КСБ). КСБ являются достаточно рано приобретёнными конструктами, формируемыми в процессе социализации, воспитательного процесса, создания персонального мировоззрения. Их первичная слабость (или отсутствие), либо вторичная декомпенсация, приводящие к их явной недостаточности в какой-то период индивидуального существования, оставляют человека безоружным перед просуицидальными воздействиями. *Результаты:* описаны и обоснованы восемь универсальных КСБ. Блок контр-эскейп: совокупность установок и верований, связанных со страхом физического исчезновения. Блок контр-толерантность: совокупность установок, верований и сформированных представлений, связанных с неприемлемостью самоубийства. Блок контр-абсурд: совокупность установок, верований и сформированных представлений, лежащих в основе признания важности человеческого существования. Блок контр-безвыходность: совокупность установок, верований и когнитивных стратегий, формирующих уверенность в наличии выхода из любой ситуации, временности любых затруднений. Блок контр-импульсивность: совокупность установок и выработанных стратегий, корригирующих и сдерживающих необдуманные, излишне аффектированные поступки. Блок контр-декомпозиция: совокупность установок, касающихся групповой общности, важности индивидуально значимых привязанностей. Блок контр-бестелесность: совокупность установок и верований, формирующих концепт ценности индивидуальной телесности, организмической целостности. Блок контр-имитация: совокупность установок и стратегий, сопряженных с неприемлемостью копирования чужого поведения или образа мыслей. *Заключение:* КСС, являясь прежде всего провитальным конструктом, представляет собой сложный механизм, состоящий из восьми контр-суицидальных блоков. КСБ – совокупность осознаваемых, кажущихся логичными установок, верований, когнитивных схем и фобических конструктов, перманентно устраняющих влияние возникающих в процессе онтогенеза вызовов индивидуального и универсального просуицидального характера. КСБ становятся отчётливо контр-суицидальными в момент непосредственного контакта с значимым просуицидальным фактором. В моменты отсутствия просуицидальных вызовов КСБ работают в режиме создания провитального нарратива, смыслов и целей существования. КСБ неспецифичны просуицидальным вызовам. Полноценная работа КСС способна эффективно блокировать просуицидальные вызовы любого уровня. Изначальная слабость КСБ, либо вторичная их декомпенсация создают возможности для реализации просуицидальных импульсов. КСБ легко концептуализируются в клиентском опыте, создавая возможности для их диагностики, использования в лечебных и профилактических целях.

Ключевые слова: декомпенсаторная модель суицидального поведения (ДМС), минус-модель суицидального поведения, самоубийство, суицид, суицидальное поведение, аутоагрессивное поведение, контр-суицидальная система (КСС), контр-суицидальные блоки (КСБ), блок контр-эскейп, блок контр-толерантность, блок контр-абсурд, блок контр-безвыходность, блок контр-импульсивность, блок контр-декомпозиция, блок контр-бестелесность, блок контр-имитация, антисуицидальная контр-грамма (АСКГ)

Можно объяснить всё нервной депрессией. Но в таком случае следует иметь в виду, что она длилась с тех пор, как я стал взрослым человеком, и что именно она помогла мне достойно заниматься литературным ремеслом...

Ромен Гари

(застрелился 2 декабря 1980 года в Париже), из текста предсмертной записки

Данная статья является второй частью сообщения, посвящённого декомпенсаторной (минус) модели суицидального поведения [1]. И если первая часть работы касалась концептуальных моментов предлагаемой модели, роли и места контр-суицидальной системы (КСС), настоящее сообщение всецело посвящено её внутреннему наполнению – предлагаемыми контр-суицидальными блоками (КСБ), являющимися неотъемлемыми звеньями КСС.

Коротко вспомним суть плюс- и минус-подходов к суицидогенезу. Большинство существующих в настоящее время моделей суицидального поведения [2] так или иначе сосредоточены на поиске факторов рго- (плюсового) уровня – том, что должно случиться (воздействиях, ставших непосредственной причиной суицида или попытки суицида), том, что должно дополнительно присутствовать в жизни потенциального суицидента – широчайшем наборе проверенных предикторов, суицидальном эндотипе, аугментаторах просуицидального воздействия, поскольку лишь сумма таких способна подтолкнуть человека к совершению суицида. Вроде бы идеальная модель, однако, присутствуют несколько «но». В частности, вопрос необходимой (достаточной) силы просуицидального воздействия (уровня его персональной мощности, требующегося для гарантированного совершения суицида). Системе *contra* (контр-суицидальным факторам) в подобных моделях не то, чтобы совсем не уделяется внимания (как минимум, никто не спорит с тем, что их наличие есть несомненное благо), однако роль их зачастую достаточно пассивна (принцип «Ждите, «Скорая» к вам обязательно придет...»), а зачастую и весьма амбивалентна: наличие семьи – это очень хорошо, её отсутствие – заметно хуже, однако посмотрите, сколько среди покончивших с собой женатых и замужних, имеющих детей и внуков и пр.; вера в Бога – это тоже безусловно антисуицидальный конструкт, однако, смущает число погибших от суицида лиц воцерковлённых, а крестик (либо иные символы веры) на шее – так те обнаруживается больше, чем у половины покончивших с собой; долгая и суровая зима с низким уровнем инсоляции – дурно,

но что же делать с теми, кто совершил самоубийство в максимально этому не способствующем климате или городе с самым высоким уровнем счастья у населения. Мы немного утрируем своё изложение, но, тем не менее, вопросов здесь определённее больше, чем ответов. Исследования с дизайном «где этого больше, а где меньше», безусловно, не лишены смысла, но они далеко не всегда способны предложить что-то для построения реально эффективных профилактических или лечебных мероприятий. Переехать всем в регион с самым низким уровнем суицидов у населения (но останется ли он после этого таковым?), не расставаться с любимыми, ибо чревато (а лучше не любить и не иметь партнёра, но последнее тоже дурной знак). Кажется, есть однозначная рекомендация: снизить уровень потребления алкоголя и (не совсем понятно как) уровень депрессивных больных... Но вот перед нами пациенты: один, страдающий высокопрогредиентной алкогольной зависимостью, второй, перенесший несколько тяжёлых депрессивных эпизодов. В первом случае – это одно из самых по своей природе аутоагрессивных заболеваний с хрестоматийно высоким суицидальным риском [3], второе является болезненным состоянием, обладающим самым высоким коэффициентом суицидальной смертности [2, 4]. Однако, несмотря на сонм суицидальных намерений в похмельном состоянии и аналогичных переживаний на пике депрессивного аффекта, многие из ими страдающих (вопреки многочисленным прогнозам [3, 5, 6]) доживают до глубокой старости назло всем канонам и положениям суицидологии (и значит, что-то упорно удерживает их на этом свете).

В свою очередь, в предлагаемой декомпенсаторной (минус) модели суицидального поведения акцент сделан не на просуицидальных факторах (многие из которых мы при всём желании никогда не можем устранить из конкретной онтогенетической траектории), а на особенностях работы и ресурсности КСС, способной в условиях своего полноценного развития и функционирования гасить (перерабатывать), по сути, любой силы просуицидальные воздействия. Система работает в перманентном режиме и направлена, прежде всего, на создание провитальных устремлений, смыслов, планов, объяснение «не совсем укладывающихся в голове вопросов». Полученные таким образом провитальные конструкты способны блокировать суицидальные намерения с помощью специфических антитез и конструктивных фобических установок. При декомпенсации (по разно-

образным причинам) КСС и её отдельных КСБ человек становится гораздо менее защищенным перед стрессовыми воздействиями, веяниями моды, деструктивными влияниями и т.д., что, в свою очередь, с высокой вероятностью позволяет осуществиться трансформации любого просуицидального воздействия в фатальное суицидальное действие.

Резюмируем: традиционно интересуясь причинами суицидального поведения (плюс-модели), производятся замеры, оценки, анализ причин и факторов риска возможного поступка, но ничуть не меньший (если не больший) интерес представляет вопрос выяснения того, что способно противодействовать, сглаживать и нивелировать данные причины, оставшись без чего человек становится беззащитным перед лицом подобных. Не что привело, а что позволяло до какого-то времени суицида избежать (даже банально отшучиваясь на приходящие в голову «дурные мысли»). В своих рассуждениях мы опирались на три базовых для декомпенсаторной (минус) модели суицидального поведения положения: а) антивитальные переживания (и даже устремления) бывают абсолютно у всех (вопрос их выраженности и осознанности, контролируемой мощностью психологических защитных механизмов и иными способами); 2) каждый из живущих (пока, как минимум) имеет некоторые механизмы, этому противодействующие, отражающие и перерабатывающие антивитальные сенсации идеаторного и поведенческого уровня (КСС); 3) именно их крушение или изначальный дефицит позволяют просуицидальным воздействиям быть, к сожалению, эффективными (плюсовые факторы достигают своей цели именно в условиях декомпенсации КСС).

Осуществлённые нами за последние три десятка лет многочисленные (несколько тысяч) интервью с лицами, предпринявшими суицидальную попытку, но выжившими по разным причинам; с людьми, замыслившими таковую, однако в последний момент по какой-то причине прервавших / отказавшихся от её осуществления; с теми, кто всерьёз (или даже в шутку) задумывался о возможности самоубийства, не предприняв при этом никаких действий по его осуществлению, подтолкнул к любопытным размышлениям. Таковую ли ценность представляет собой традиционное выяснение причин предпринятой или возможной суицидальной попытки, или конкретизация (check-подход) обширнейшего (расширяющегося год от года) регистра предикторов суицидального поведения? Что реально нам даёт большая

часть подобных знаний, кроме расширения академических представлений о предмете. Многие из них (факторов, предикторов) уже успели необратимо подействовать, что-то носит сугубо врождённый (на генетическом уровне) характер, что-то можно с полным правом отнести к разряду «человеческого, слишком человеческого» (а значит, то было, есть и будет). Более того, почти весь имеющийся вокабуляр плюсовых моделей находится в антивитальном семантическом полюсе, что крайне затрудняет его использование в сугубо профилактических целях (нетрудно догадаться, что беседа со школьниками о суицидальных мыслях, попытках, несуицидальной аутоагрессии, все эти чего НЕ надо делать, зачастую могут привести к парадоксальному эффекту, попадающему под действия УК РФ). Кстати, большинство имеющих у парасуицидента про-факторов также нельзя порекомендовать для широкого применения в терапевтических программах (существуют, безусловно, исключения, но общая тенденция именно такова).

Так родилась идея интересоваться у парасуицидентов не только поводами сделанного или причиной имевшихся тягостных суицидальных размышлений, а тем, что же в самый тяжёлый момент их останавливало, не позволяя довести задуманный план до его завершения (или с успехом останавливало ранее, до осуществления суицидальной попытки¹) [7], либо (в более лёгких случаях) прервало суицидальный каскад на этапе абстрактных фантазий. И наличие чего, будь оно в актуальном распоряжении, могло бы этому способствовать, эффективно препятствуя дальнейшему прогрессу суицидального процесса.

Причины, в самом начале исследования казавшиеся достаточно разноплановыми, спустя какое-то время, стали обнаруживать некую структуру, обладающую отчётливой универсальностью и сходством, в, казалось бы, столь разных историях пациентов. Систематизация полученных ответов позволила создать набор / реестр универсальных причин жить вопреки присутствию просуицидальных факторов. Перечислим их: страх физического исчезновения (небытия, ничто); страх последствий самоубийства (социальных, религиозных и пр.); уверенность в обязательном присутствии смысла бытия (даже если сейчас оно непонятно), приня-

¹Большинству попыток самоубийств предшествует достаточно значительный по времени пресуицидальный период, борьба «за» и «против», любопытным являлось то, что же в последний момент сдалось (удерживая, предвременно, минуто или целых десять лет.

тие возможности временного переживания бессмысленности; убежденность в наличии выхода из любой ситуации (безвыходных ситуаций нет в принципе, бывают весьма неприятные выходы), гибкость «планки притязаний»; навык контроля импульсивных, необдуманных решений, имеющийся негативный опыт резких, необдуманных поступков, страх сделать непоправимое под влиянием момента; наличие неформальной семейной, дружеской, профессиональной включенности / ответственности, групповая будущность, страх утраты таковых, ценность телесной оболочки, страх разрушения сомы, боли / неприятных ощущений при умирании, последствий попытки, незавершившейся смертью («стал овощем»); выраженная личная суверенность (критическое отношение к чужим / навязываемым мнениям, диктующим модели поведения), страх потери идентичности. Каждый из приведенных провитальных «аргументов» получил своё сокращенное наименование: блок контр-эскейп (1), блок контр-толерантность (2), блок контр-абсурд (3), блок контр-безвыходность (4), блок контр-импульсивность (5), блок контр-декомпозиция (6), блок контр-бестелесность (7) и блок контр-имитация (8). На их основе создан графический опросник (гистограмма) с восемью колонками, названный антисуицидальной контр-граммой, оценивающей выраженность, субъективную значимость каждого КСБ у конкретного человека (подробнее будет разобрана в третьей части сообщения,

посвящённой процедуре диагностики и принципам реконструктивной терапии).

Для простоты восприятия последующего материала приведём принципиальную схему декомпенсаторной (минус) модели суицидального поведения (Рис. 1).

Контр-суицидальные блоки

КСС (аргументирующая необходимость, цели, смыслы существования) состоит из восьми контр-суицидальных блоков (провитальных блоков – возможно, такое бы название лучше отражало их сущность, но тогда «терялся» интересующий нас суицидологический контекст). КСБ представляет собой совокупность осознаваемых и кажущихся логичными установок, верований (интоектов), провитальных когнитивных схем и фобических конструктов, перманентно (а в случае необходимости – в пиковом, кризисном режиме) сглаживающих / устраняющих влияние возникающих в процессе индивидуальной истории вызовов просуицидального (антивитального) характера.

КСБ являются достаточно рано приобретёнными конструктами, формируемыми в процессе социализации, воспитательного процесса, создания персонального мировоззрения.

Врождённая некоторых их составляющих (в частности, страха темноты, как эквивалента смерти [8], существование универсальных архетипов смерти [9]), не столь убедительна, но, тем не менее, таковые продолжают широко использоваться в определённых кругах.

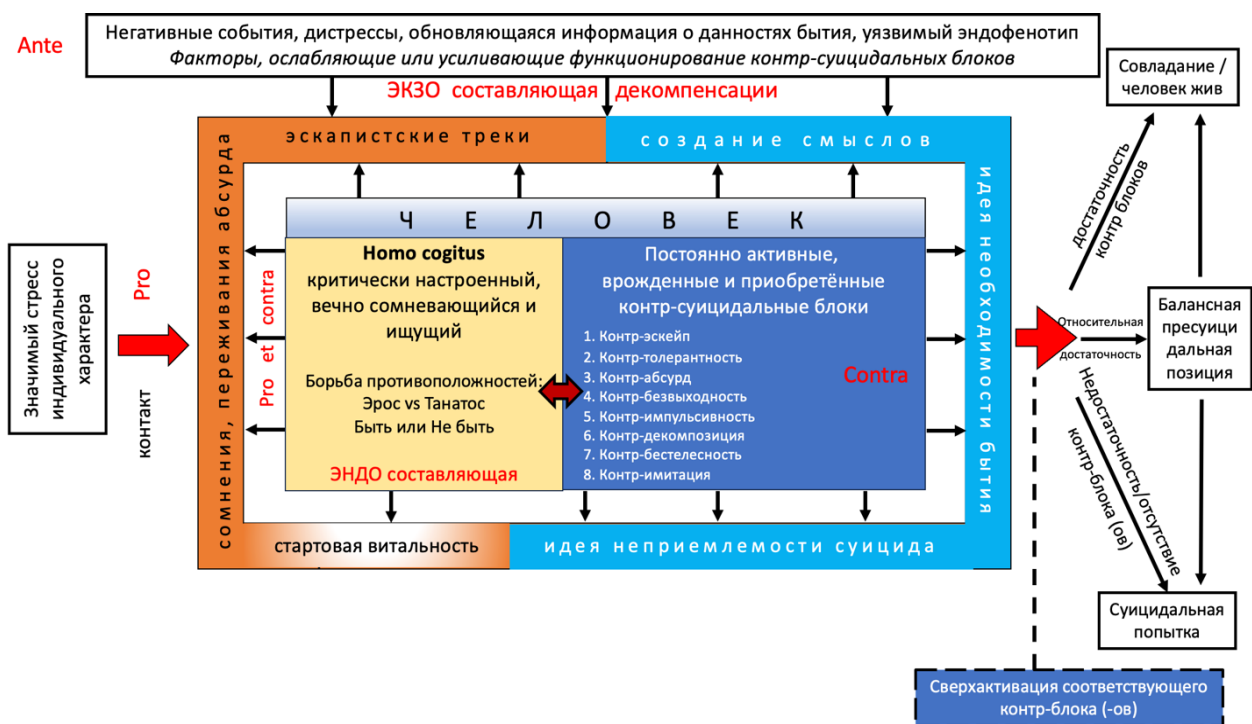


Рис. 1. Декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения.

Без сомнения, КСБ многократно корректируются и подвергаются ревизии на протяжении жизни. Элементы КСБ могут быть, условно персонифицированными – «переваренными», проанализированными и после чего принятыми, и «слепо» перенятыми (интроецированными), как не требующие убедительной проверки и доказательств (например, религиозность); ригидными (устойчивыми) во времени (та же истовая религиозность) и трансформируемыми на протяжении всей жизни (ценностно-смысловые ориентиры); рациональными (незавершённые дела) и иррациональными (страх наказаний после самоубийства).

Их первичная слабость (или отсутствие), либо (что случается гораздо чаще) вторичная декомпенсация (девальвация), приводящие к их явной недостаточности в какой-то период индивидуального существования, оставляют человека безоружным перед суммационными (про-) воздействиями.

Обсудим каждый из предлагаемых КСБ подробнее.

Блок контр-эскейп¹ (контр-небытие)

Определение: совокупность установок и верований, связанных со страхом (осознанным нежеланием, неприемлемостью) физического исчезновения / небытия / умирания, прерывания континуума Я и т.п. Функционирующий блок направлен на формирование персонально обоснованной концепции невозможности исчезновения до некоего отведённого (генами, Богом, Вселенной и т.д.) момента, поддержание страха перехода в пугающее небытие (в непонятное, не укладывающееся в голове «просто ничто» [8, 10]).

Составляющие блока провитальные: любовь к себе, отчётливо переживаемая, проецируемая в будущее витальность (люблю и хочу жить, впереди много всего интересного), здоровая и богатая бытийная континуальность, ощущение и понимание самоценности.

Составляющие блока демаркационные²: боязнь (осознанное нежелание) физического и ментального исчезновения, страх перехода (трансформации) «живое-неживое», понимание необратимости смерти, сомнения в «жизнь после смерти».

Трек естественного формирования: знакомство с фактом умирания (на примере животных, родственников, сказочных и прочих персонажей), возникновение тяжёлых заболеваний с значительным риском для жизни (собственных, у родственников и знакомых), формирующих негативный контекст индивидуального умирания / исчезновения.

Механизм декомпенсации / недостаточности: резкие жизненные потрясения, сопровождающиеся аффективными нарушениями депрессивного характера, переживанием ненависти к себе; психические расстройства аффективного круга (депрессивные эпизоды, ПТСР, кПТСР и т.п.); влияние деструктивных культов, сект, интернет-сообществ (позитивные реинкарнационные установки, необходимость принесения жертвы для перерождения).

Паттерны вероятной декомпенсации блока: риторика бесстрашия перед смертью (всё равно умирать, все умрут...), обоснование целесообразности смерти в определённых обстоятельствах, частые разговоры о смерти (её плюсах) или минусах текущего существования, отрицание перспектив и желанности будущего (исчезновение имевшихся целей, витального любопытства), существование по принципу негативного «здесь и сейчас» («потом хоть потоп», куда кривая вынесет); возникновение паттернов несуицидального аутоагрессивного поведения (рискованные акты, приобретение опасных для жизни хобби и привычек, выраженная виктимность, ударно-токсические формы потребления ПАВ); увлечённость идеями реинкарнации, соответствующими духовными практиками.

Признаки качественно работающего блока: осознаваемое желание жить, позитивное отношение к самому факту жизни, устремлённость в будущее (многочисленные жизненные планы, мечты), забота о собственной безопасности, минимализация рисков, связанных с внезапной смертью (от банального – смотреть под ноги и на дорогу, переходя её, пристегивать ремни безопасности, до более изощрённых жизнеспасающих стратегий), существование конструктивных фобических установок.

Предполагаемые подходы к диагностике, терапевтический, коррекционный и профилактический потенциал: будут изложены в третьей части сообщения.

Формула прерывания суицидального процесса: возникающий в какой-то момент страх физического исчезновения (иногда «животный»), появившееся осознание (озарение) большей важности остаться в живых.

Примечания и замечания:

¹Эскапизм (от англ. escape – «бегство, выход») – исчезновение, стирание чего-то.

²Демаркация – проведение разделяющей черты, определение границы (в нашем случае – приемлемости, допустимости).

Эскейп (уход) случится в жизни каждого, но желательно, чтобы это произошло по естественным причинам (и/или в отведённый Бо-

гом, биологией момент), форсировать же данный процесс – странно и неестественно.

Блок контр-толерантность (контр-приемлемость)

Определение: совокупность установок, верований и сформированных представлений, связанных с неприемлемостью (по самым разнообразным причинам) добровольного ухода из жизни. Функционирующий блок направлен на поддержание убежденности в неприемлемости (интолерантности) суицида по причинам, связанным с его негативными (невыносимыми) последствиями (социальными, религиозными¹, эстетическими), как для им покончившего, так и его окружения. Девиз блока: твой земной путь прекратится, но предстоящие страдания (для тебя и значимых других) предположительно бесконечны. Твои родственники станут родственниками самоубийцы, дети будут вечно нести на себе отпечаток сделанного тобой выбора. Покончивший с собой плохо выглядит, дурно воспринимается социумом.

Составляющие блока провитальные: жить – это правильно, это красиво и эстетично; жизнь – это Дар (неважно, чей); соблюдающий правила и заповеди – хороший (может надеяться на некий приз, например, место в раю), терпя достойно некоторые лишения – опять же, ты хороший, и кого-то, несомненно, чуть позднее ждут подарки и одобрение. Позитивная оценка жизни социальными институтами (религиозным и пр.).

Составляющие блока демаркационные: идея неприемлемости (наказуемости) лиц, добровольно лишивших себя жизни (религиозная, визуально-эстетическая, субъективно - оценочная: «так поступают слабаки и серьезно больные люди», «в этой жизни помереть не трудно, сделать жизнь значительно трудней»²), боязнь метафизических последствий (вечные страдания и неуспокоенность души), страх (уверенность в) негативной постконнотации суицида (позиция ряда социальных и религиозных институтов, предполагающие и пугающие негативными последствиями в отношении близких), неприемлемая эстетика и визуальные последствия подобного вида смерти (возможно, смерти вообще). К примеру, потенциального суицидента может не пугать факт физического исчезновения (не срабатывающий по ряду причин блок контр-эскейп), но эффективно останавливают интолерантность самоубийства.

Трек естественного формирования: интроецирование установок от ближайшего окружения, представителей социальных и религиозных институтов, страх нарушения табу (мама с папой не велели так делать...), формирование собственных представлений посредством

контакта с порицанием суицидов окружением, в литературе, СМИ и пр.; архаический (архетипический) страх самоубийства, как шага против Вселенной, Мира, Всевышнего, Предков и т.д.

Механизм декомпенсации / недостаточности: пубертатный криз, возрастные кризисы, кризис веры и идентичности имевшейся ценностно-смысловой системы; результат пресуицидального киндлинга (раскачивания) (от англ. «kindling» – разжигание); заострившиеся оппонирующие личностные особенности («любой самоубийца честнее каждого из вас...»)³; увлечения определённого толка духовными практиками (восхваляющими эстетику и логичность суицида.); «клубы самоубийц» и соответствующие сетевые сообщества; возрастная трансформация отношения к смерти (в том числе, нередко и к самоубийству).

Паттерны вероятной декомпенсации блока: инверсия прежнего отношения к самоубийству, девальвация ранее присутствующих позиций греховности, перспективы Ада, негативной реакции близких, последующих обсуждений («мертвому уже всё равно»); оправдание поступков известных самоубийц, эстетизация суицида, романтизация мотивов саморазрушающего поведения («поступил, как настоящий мужчина» или «любая бы на её месте сделала бы то же самое»), отстаивание права на возможность добровольного ухода (в частности, эвтаназии), обвинения священнослужителей и общественности в костной и негибкой позиции, нежелании понять душу самоубийцы; околосуицидальный (мортальный) юмор, факты «цифровых самоубийств», добровольное участие (создание) в специфических сетевых и несетевых сообществах; увлечённость соответствующими комиксами, мангами, интернет-ресурсами и т.п.

Признаки качественно работающего блока: устойчивая, по-разному аргументированная позиция, касающаяся невозможности суицида. Человек с пеной у рта способен объяснять причины своего мнения. Обычно речь не идёт об оголтелом критицизме и пустых обвинениях, это именно сформированная платформа интолерантности.

Предполагаемые подходы к диагностике, терапевтический, коррекционный и профилактический потенциал: будут изложены в третьей части сообщения.

Формула прерывания суицидального процесса: возникновение (присутствие) индивидуального и трансцендентного страха перед последствиями суицида.

Примечания и замечания:

¹Постановление Тридентского собора (1568) истолковывает шестую заповедь («не убий»),

следуя взгляду блаженного Августина, как категорически воспрещающую самоубийство.

²В.В. Маяковский «Сергею Есенину». Самоубийца (?) самоубийце (?). Как бы то ни было, возможно, именно имеющаяся установка всё же попытаться «сделать жизнь» какое-то время может предохранять от последнего шага (отличная «точка сборки» для психотерапевтической интервенции).

³Кириллов в «Бесах» Ф.М. Достоевского рассуждает: «Бог необходим, а потому должен быть. Но я знаю, что его нет и не может быть. Человеку с такими двумя мыслями нельзя оставаться в живых. Если нет Бога, то я Бог. Если Бог есть, то вся воля его, и из воли его я не могу. Если нет, то вся воля моя, и я обязан заявить своеволие». Именно самоубийство и выступает для А.Н. Кириллова формой «заявления своеволия» [11].

Религиозный защитный фактор, по всей видимости, не имеет самостоятельного, универсального значения, являясь лишь составляющей, в частности, блока «контр - толерантность». Тем не менее, религиозные запреты способны создавать действенные прямые ограничители (не убий себя – это грех, похороним за забором), и не прямые буферы («покайся, исповедуйся, Бог простит», «если трудно будет, знаешь куда обратиться») [12].

Блок контр-абсурд (контр – бессмысленность)

Определение: совокупность установок, верований и сформированных представлений, создающих мировоззренческую и житейскую позицию важности человеческого (индивидуального и коллективного) существования, уверенность в присутствии обязательного смысла при любой траектории человеческого бытия, сакрализацию факта жизни, веру в некий замысел или план в отношении появления / присутствия человека на земле. Что в достаточной мере объясняет необходимость (возможность) совладания с рядом неоднозначных контактов с реальностью, «переваривание» экзистенциальных данностей и периодически рождающихся сомнений по поводу присутствия логики существования (его фактической абсурдности [13, 14] и стихийности¹). Блок, формирующий (гарантирующий) присутствие осмысленности, правильности и необходимости происходящего (текущей и глобальной), объясняющий смысл лишения, невзгод, несправедливости (это всего лишь чёрная полоса жизни, наступит белая; смысл обязательно присутствует, ведь не может всё быть просто так, сейчас он просто банально непонятен...). Содержит в себе обширный набор контр-абсурдных правил / принци-

пов (антитез) разнообразного характера (религиозных, бытийных, научных, метафизических), не позволяющих разуму человека «заблудиться в трёх соснах» кажущейся бессмысленности (вдруг весь смысл жизни заключён в необходимости её прожить).

Составляющие блока провитальные: осознание / наличие жизненной миссии (знаю, зачем живу, понимаю, для чего жить дальше), присутствие сформированных ценностно-смысловых ориентиров, выстраивая жизненные перспективы, неформальная включенность в социальные, профессиональные и прочие взаимодействия, наличие фантазий и мечт (хочу поймать во-о-о-о-т такого караса, увидеть восход солнца в Японии), банальное любопытство (что будет завтра, что изменится, что появится... хочу дожить до телевизоров, имплантированных в мозг), имеющаяся ответственность: я в ответе за родственника, детей, тех, кого приручили (кошка, супруг и пр.).

Составляющие блока демаркационные: страх осознания реального факта абсурдности (значит, лучше не думать о больном); хульность и иные «нельзя» подобных сомнений (за тебя на кресте мученическую смерть приняли..., а ты тут сомневаешься); архаическая вера в наказания за подобное свободомыслие (не думай так, до добра не доведёт); боязнь реальной свободы, как экзистенциальной данности [15] (выбор в пользу разумного смирения: не поднимай камни, если не готов увидеть то, что под ними находится).

Трек естественного формирования: копирование родительских моделей и матриц контр-абсурдных правил / доказательств (предкам-то можно доверять); формируемые установки долженствования: «ты должен дожить до...» и «необходимо детей на ноги поставить...»; религиозная составляющая (смысл есть, даже если ты его не способен понять), смыслообразующие и целеполагающие примеры из книг, фильмов, мультфильмов. Архаически - обесценивающие модели мышления: человеческий мозг неидеален, может глупость придумать (лучше не думай и всё; меньше знаешь, крепче спишь); выученное «житейское псевдослабоумие» (не думать проще, а то в прошлый раз задумался и расстроился). Наглядные примеры с успехом переживших сверхпотрясения и выбравших добровольный уход из жизни (не сломавшийся, несмотря на колоссальные испытания vs повесившийся дедушка, залезший в петлю со словами: «жизнь – бессмысленная трата времени»).

Механизм декомпенсации / недостаточности: изменения прежде имевшейся стабильной позиции в результате воздействия кризисных,

неоднозначных ситуаций, выдворяющих из рая «недумания». Например, соприкосновение с некоторыми сложно объяснимыми фактами: смерть младенца от онкологического заболевания, внезапное ДТП со смертельным исходом знакомого, ещё вчера переполненного далекоидущими планами и пр. Собственные серьёзные соматические заболевания, аварии, несчастные случаи – человек с выученным «житейским псевдослабоумием», внезапно вплотную соприкоснувшийся с темой умирания (иногда – внезапного, когда все твои планы на будущее начинают восприниматься как пустота). Интоксикация философскими произведениями, участие в соответствующих сообществах и дискуссионных клубах; спонтанно возникающие сомнения в логичности бытия, характерные для каждого думающего человека. Ситуации, когда на нормальный религиозный запрос не даётся нормального религиозного ответа.

Паттерны вероятной декомпенсации блока: появившиеся мучительные размышления о смысле жизни (ранее в таком объеме или ключе не отмечавшиеся), «кристаллизация» идеи абсурдности бытия, декларативная (и не только) переоценка прежних ценностей, девальвация наиболее ранее значимых из них, чувство / ощущение / убежденность в бессмысленности всего происходящего (в частности, самой жизни, «на которую меня обрекли, не спросив моего на то согласия»); лихорадящие духовые искания и необычные практики, внезапный разворот в сторону изучения «декадентской» философии, неожиданное изменение прежних мировоззренческих (в частности, религиозных) принципов. Появившаяся компульсивная / нарочитая сверхзанятость (попытка через усталость и сверхвключённость уйти от неудобных вопросов и размышлений). Исчезновение вкуса жизни, устремлённости в будущее (часто без всякого депрессивного контекста²). Точечная девальвация пунктов имеющейся системы контр-абсурдных правил.

Признаки качественно работающего блока: стойкая уверенность в присутствии смысла жизни, чёткие или убедительные аргументы данного положения, ощущение (осознанность) собственной миссии, целей, масса средне- и долгосрочных планов.

Предполагаемые подходы к диагностике, терапевтической, коррекционной и профилактической потенциал: будут изложены в третьей части сообщения.

Формула прерывания суицидального процесса: не может быть, что всё оказалось бессмысленно, что-то точно есть. Минуты слабости и отчаяния бывают у всех, завтра появятся

новые цели и ориентиры (утро вечера мудренее). Понять задумку Творца не всем по силам (а может, и не надо).

Примечания и замечания:

¹Единственное, чем ты действительно способен управлять, так это вопросом досрочного прерывания отведённого тебе срока жизни. Да и то, при условии, что кто-то или что-то внешне не сделает это за тебя раньше.

²Для переживания абсурда совершенно нет никакой необходимости в переживании депрессии или безвыходности. Кстати, как и безвыходность зачастую не сопровождается отчётливой (клинически значимой) депрессией.

Утрата смысла жизни – важное, но далеко не всегда достаточное условие для осуществления суицида. Априори, целый ряд аспектов человеческого существования имеет не столь уж однозначную «репутацию», периодически подкидывая нашему мозгу основания для разумных сомнений в наличии Смысла бытия. Даже истово верующих посещают сомнения в наличии такового или Божественного присутствия (что является совершенно нормальным и здоровым явлением).

Блок контр-безвыходность (контр-отчаяние)

Определение: совокупность установок, верований и когнитивных стратегий, связанных с допущением (непоколебимой уверенностью) в возможности / наличии выхода из любой ситуации, временности затруднений, присутствия обязательных альтернатив чему-то утраченному (иногда с понижением изначальных позиций), с неконструктивностью «раздувания» проблемы или обстоятельств до уровня невыносимости или безвыходности (контргенерализационная составляющая). Блок ни в коем случае не оспаривает возможности возникновения растерянности в ответ на стрессогенные раздражители (в том числе в фасилитирующих условиях, связанных с присутствием расстройств аффективного реестра), однако, подчёркивает (настаивает) на их срочном характере (успокойсь и найдёшь решение; в таком состоянии ничего хорошего не придумаешь; даже тяжёлые депрессии не длятся вечно и т.д.). При желании рассудочность, аргументированность и взвешенность решений всегда возвращаются, не видеть выхода – это всего лишь твой выбор (то, что подавленному человеку сегодня кажется однозначно безнадежным и безвыходным, часто через час / сутки / неделю начинает выглядеть совершенно иначе).

Составляющие блока провитальные: умение и опыт «выкручиваться» из любых ситуаций, формирующиеся с самого раннего детства

(повышающих самооценку, а зачастую и социальный статус); стили антикризисного реагирования в плоскости стратегии победителя (как это у меня не получится?); умение думать и анализировать, не паникуя «в моменте», планировать «дальше завтрашнего дня», удовольствие от возможности демонстрации окружающим стойкости, адаптивности и смекалки. Конструктивное (агрессивное) отношение к вызовам (трудная ситуация – повод реализовать себя); навыки гибкости (ива под натиском ветра гнётся, но распрямляется, столетний, внешне крепкий дуб может сломаться; один проигранный бой – не проигранная война; если где-то убавится, где-то обязательно прибавится; три минуты позора, но решённая ситуация; да кто послезавтра вспомнит-то...?). Вера в обязательную помощь (Бог всегда поможет, но его помощь может быть не столь прямолинейна и очевидна).

Составляющие блока демаркационные: уныние, невозможность найти выход – признак людей нездоровых, неудачников, склонных только проигрывать и жаловаться (привлекательно быть разруливающим, стрессоустойчивым, адаптирующимся и пр.). Сдаваться некрасиво, ты что неумный, ничего придумать не можешь (что скажет папа?). «Обидные» установки: все справились, а ты один – нет, слабо? Неприемлемость философии «слабого звена».

Трек естественного формирования: установки (родительские и прочих значимых других), нацеленные на победу и возможность преодоления любых сложностей (ты справишься, ты сможешь), их вера и поддержка, приемлемость и терпимость временных поражений (падать нормально – учись не реветь, а подниматься с колен), формируемые представления о временности и принципиальной преодолённости любых неприятностей (у зайки заболело, а у Васеньки пройди; утро вечера мудренее, выход найдётся; даже в самом плохом дне всего лишь 24 часа; безвыходность¹ (безнадёжность) – её люди сами придумали, чтобы не принимать непопулярных или вообще никаких решений). Создание эффективных копинг-стратегий.

Механизм декомпенсации / недостаточности: эндогенные и психогенные эмоциональные расстройства, избыточно «аффектирующие» мышление, заметно сужающие его репертуар (например, триада А. Бека [4]); переживания экзистенциального вакуума [16]; шоковое (регрессивно-инфантильное) мышление в условиях сверхнормативного для конкретного человека вызова реальности (например, тяжёлое заболевание), либо реальных неудач (их череда); выученная (приобретённая) склонность к катастрофизации ситуации и её вероят-

ных последствий, привычное обесценивание имеющихся положительных моментов и возможностей; астенические состояния любой природы, индукция безвыходности кем-то посторонним. Возможно, возрастные и сосудистые мозговые нарушения. Негибкость (ригидность) копинговой системы в постоянно меняющемся мире. Сценарные расплаты [17].

Паттерны вероятной декомпенсации блока: учащение панических реакций в отношении прежде с успехом разрешаемых ситуаций, излишняя драматизация и сгущение красок в прежде оставляющих индифферентным обстоятельствах, чрезмерная склонность к чернобелому и излишне категорическому мышлению; заострившийся социальный и жизненный пессимизм (ничего хорошего уже не будет; ничего уже не исправить). Отрицание потенциала к разрешению ситуации (нет ни сил, ни возможностей), парапокалиптические, детерминистические фантазии (скоро конец света, ничего уже поделать невозможно; всё predetermined), делегация ответственности за происходящее в жизни внешним силам и условиям (от меня ничего не зависит). Бездеятельность и пассивность ранее активного и находчивого человека.

Признаки качественно работающего блока: убеждённость в наличии выхода из любой ситуации, отсутствие склонности излишне драматизировать и генерализировать ситуации, присутствие набора антикризисных стратегий мышления и поведения, девизы: не потерял человек выход, а не захотел его искать, сумел проиграть бой ещё до его начала, аффективные проблемы сейчас хорошо лечатся.

Предполагаемые подходы к диагностике, терапевтический, коррекционный и профилактический потенциал: будут изложены в третьей части сообщения.

Формула прерывания суицидального процесса: выход есть всегда, просто, возможно, он не самый комфортный. Надо перетерпеть ради перспектив; некомфортно, но опустить планку (на время) вполне возможно. О любом людском позоре окружающие обычно забывают через 72 часа, но чаще – гораздо быстрее. Да, у Кольки куда всё хуже было, но живёт же, уже и забыл про все неприятности.

Примечания и замечания:

¹Метафора кошачьей безысходности / безвыходности: кошка орёт на верхушке дерева, откуда якобы не способна слезть. Вызванный спасатель возражает причитающей бабуле, их экипаж вызвавшей:

– Вы хоть раз в жизни видели на дереве труп кошки? Нет?

– Нет!

– Значит, как-то всегда спускаются?

Многое, что накануне кажется безвыходным, меняет отношение к себе после восьмичасового сна (или просто утром).

Первоначальное желание обозначить данный КСБ как контр-депрессивный сузило бы его предполагаемые смысловые границы (работа блока только с переживаниями уныния и тоски), что не совсем точно отражало бы идею контр-безвыходности. Как не совсем точно её передавал бы термин «контр-безысходность» (безысходность семантически слишком привязана к патологии аффективного спектра). Пациенты часто рассуждают именно в плоскости выходности / безвыходности ситуации, но вовсе не в отношении сниженного настроения (что, безусловно, часто, но не всегда присутствует) или безысходности, как некоего «глухого» переживания эмоционального круга, тогда как безвыходность – это обычно неспособность на *когнитивном* уровне найти требуемый ответ (выход).

Блок контр-импульсивность

Определение: совокупность установок и выработанных стратегий, корригирующих и сдерживающих необдуманные, порывистые, излишне аффектированные решения и поступки. Функционирующий блок¹ предлагает альтернативные модели думания и реагирования (за счёт подключения рационального, взвешенного к ним отношения: семь раз отмерь, один раз – отрежь) взамен малопродуктивным решениям, спровоцированным известными личностными особенностями, эмоциональными колебаниями (поступки под «влиянием момента»), продиктованными ложным престижем, внешними и внутренними провокациями, диссонансом ожидаемого и реально полученного.

Составляющие блока провитальные: способность быть рассудительным поддерживалась и одобрялась (рассудительных, а от этого хороших, мальчиков и девочек любят родители), теперь это – лишний повод для самопоглаживаний (я молодец, я чего-то нехорошего избежал, а что-то позитивное получил); осознанно контролируемая минимализация рисков сиюминутных решений позволяет оставаться не просто целым физически, но и успешным, предпочитаемым, выбираемым (друзьями, партнерами, работодателями), что приносит удовлетворение (человек научился быть успешным, не творя сгоряча).

Составляющие блока демаркационные: меньшая импульсивность снижает количество ошибочных, зачастую болезненных решений (угрожающих наказаниями, стыдом, травматизацией, болью и пр.), что подтверждено личным опытом, приводившем к возникновению

персонального ущерба (не дергай за хвост, если не знаешь, кому он принадлежит; что-то лучше вообще не делать, что-то – вообще невозможно позже исправить).

Трек естественного формирования: продукт прямого и опосредованного обуславливания полезности взвешенного поведения: настоятельные требования значимых других с разнообразным подкреплением (положительным и отрицательным) взвешенных решений и покладистости. Отрицательный личный опыт необдуманных решений формирует собственный набор правил, «трусость необдуманности» (хочется, но...; психанул бы, но уже пробовал...) Признание очевидного факта, что «на следующий день многое обычно видится иначе».

Механизм декомпенсации / недостаточности: заострение имевшихся ранее скомпенсированных личностных особенностей (результаты возрастных изменений, ЧМТ, психических и наркологических расстройств), приводящих к девальвации прежних копингов и стратегий совладания с импульсивностью². Выученная импульсивность, связанная с родом деятельности, условиями среды и культуры. Сокращение контр-импульсивного ассортимента (психологическая скотома) на фоне острой аффективно-шоковой реакции, знаковых потрясений (в частности, существенной коррекции знаний о значимых других, уважение к которым поддерживало статус «хорошего, спокойного мальчика»), выгорания, хронических, истощающих заболеваний, эмоционально изматывающих обстоятельств, проблемного партнерства и пр. Провокации, систематическая алкоголизация (актуальные алкогольное или наркотическое опьянение), ситуации отсутствия обратной связи от значимого окружения переживаемого стресса.

Паттерны вероятной декомпенсации блока: рост числа импульсивных и необдуманных поступков (в том числе, истерики с угрозами причинения себе вреда, абреактивные парасуициды и селфхарм, внезапное откровенно рискованное, виктимное и провокативное поведение). Повышение конфликтности, рост числа обид «на ровном месте», суживающийся, в связи с этим круг знакомых. Рост импульсивных покупок, татуировок / пирсинга, мало мотивированных изменений в жизни.

Признаки качественно работающего блока: наличие осознаваемых и работающих стратегий, снижающих (исключающих) излишнюю импульсивность и аффектированность, девиз: спешка нужна только при ловле блох... выигрывает тот, кто умеет ждать, а утро всегда вечера мудренее. Здоровый скепсис в отношении

имевшихся ранее необдуманных решений. Принятие имеющейся импульсивности (как повода для соответствующих выводов).

Предполагаемые подходы к диагностике, терапевтический, коррекционный и профилактический потенциал: будут изложены в третьей части сообщения.

Формула прерывания суицидального процесса: возникновение страха сделать под влиянием момента что-то неисправимое, о чём позднее будет бессмысленно жалеть.

Примечания и замечания:

¹Сложности с данным КСБ имеют, в частности, люди с личностными расстройствами (психопатические личности), однако, в большинстве случаев их вектор импульсивности заметно больше направлен вовне.

²Лица с личностными расстройствами являются наглядным примером изначально практически полностью отсутствующего КСБ (как минимум, исчезающего в моменты декомпенсации личностного расстройства).

Следует помнить, что существует и естественный трек поддержания импульсивности и экспансивности (культуральные: мы, испанцы – народ горячий; социально-ролевые: демонстративная ранимость и гротескность переживаний настоящей барышни или 100% мужика; семейные: мы, Петровы – люди вспыльчивые и обидчивые, можем и на зло соседям повеситься и т.д.).

Предположение Гераклита Эфесского о том, что «мирозданием правит молния», вероятно, имеет отношение к рассматриваемому блоку: в суициде многое (но, безусловно, не всё) решает недоброе мгновение, «молния в сознании», когда аффектированные «за» начинают казаться явно преобладающими над аргументами «против» контр-импульсивного блока.

Блок контр-декомпозиция¹

Определение: совокупность установок, касающихся необходимости поддержания групповой общности, важности индивидуально значимых привязанностей, формирующих чувство принадлежности и единства, иных вариантов социальной и индивидуальной взаимозависимости, существование которых немислимо (проблематично, спорно) при утрате единицы сообщества. Функционирующий блок поддерживает значимость субъективной включенности во взаимодействия, формирует понимание реакции группы на возможную утрату её члена (все распереживаются, им будет плохо без меня, они от меня зависят), культивирует и мотивирует персональную включённость и социальный интерес (желание участвовать в развитии и развиваться самому, понимание собственного значе-

ния для группы), выстраивает перспективы взаимодействия и принадлежности (увидеть жизнь детей, дождаться рождения внуков, правнуков и т.д.), поощряет присутствие групповых целей, желания позже испытать нечто благодаря имеющейся принадлежности (завершение проекта века).

Составляющие блока провитальные: значимое чувство семейной или иной групповой принадлежности, активное участие в чьей-то жизни (и наоборот), субъективная важность вовлеченности в какой-то проект (желание довести начатое с группой до какой-то точки развития, организовать условия домашнему животному²); значимость поддержки от группы, возможность быть с кем-то близким (в том числе, в сложные жизненные моменты).

Составляющие блока демаркационные: принципиальная позиция «бросать нельзя, это предательство»; нежелание что-то так и не доделать, недоощутить, понимание возможной реакции значимого окружения (нежелание расстраивать остальных участников макро- или микро-социальных групп).

Трек естественного формирования: возникновение привязанностей и чувства принадлежности (чувство родства, дружбы) в процессе развития, групповые интерактивные взаимодействия и процесс взаимной интеграции, воспитательно сформированные установки «не расстраивать», «думать о других», «заботится», «не быть слабым звеном, держаться до последнего»; естественный опыт поддержки и взаимообусловленных групповых проектов (важное звено).

Механизм декомпенсации / недостаточности: критическое исчезновение группы по разным причинам: естественная и вынужденная сепарация; вакуум в общении (некому пожаловаться, не с кем поговорить); возникновение обстоятельств, обесценивающих прошлые привязанности (конфликты, расставания, слухи и сплетни); идея возможности облегчить существование группы через свой уход (ощущение себя обузой, возможности разрешить возникшие групповые проблемы и разногласия); аккумуляционный эффект предыдущих дезинтеграций (исчезновение веры в отношения).

Паттерны вероятной декомпенсации блока: переживание тягостного одиночества³ и отдалённости; искусственная самоизоляция, исчезновение поисковой активности в отношении окружения. Безразличие к вероятным последствиям суицида для группы (да все равно как они там будут..., им только легче будет). Пациент интересуется, кто позаботится о кошке или комнатных цветах, если его вдруг не станет.

Признаки качественно работающего блока: присутствующие, выраженные и неформальные чувства общности, и включённость в разнообразные процессы (социальные, профессиональные и пр.), наличие любящей семьи (иных близких людей), убеждённость в этом, собственная любовь и привязанность к окружающим, обширная социальная полезность. Девиз: потому что – мы семья (мафия)... (аллюзия круговой поруки в наиболее конструктивном смысле).

Предполагаемые подходы к диагностике, терапевтический, коррекционный и профилактический потенциал: будут изложены в третьей части сообщения.

Формула прерывания суицидального процесса: страх разрыва значимых отношений (с семьей, друзьями, коллегами и пр.), необходимость завершения чего-то, невозможность причинения боли и страданий остальным участникам группы, желание участвовать в развитии группы (увидеть и ощутить её будущее).

Примечания и замечания:

¹Декомпозиция – разделение целого на части.

²Про животных – конечно, далеко не всех это удерживает, но порой заставляет оставаться на этом свете старушку, которую объективно и субъективно (по её же словам) останавливает от суицида лишь её собачка (а мысли у неё при этом имеются). В «Театральном романе» Булгакова со знаменательным эпиграфом «Записки покойника» есть замечательный эпизод, с которого начинается глава под названием «Приступ неврастении»: на главного героя всего действия этого произведения накатывает страх смерти, близкий самому желанию смерти, неожиданная помощь приходит от одной простой мысли: «кто же будет кормить эту старую кошку?», так как несчастный, подобранный когда-то во дворе зверь сильно заинтересован в том, чтобы ничего не случилось.

³Кстати, «ненужная» старушка, оставленная родней доживать в одиночестве, может прекрасно существовать за счёт эффективной работы прочих блоков.

Вероятно, к контр-декомпозиционным установкам в ряде случаев относится страх разрыва отношений с Богом (вне контекста религиозного запрета на осуществление суицида – зоны контр-толерантности, и вне плоскости даваемых религией смыслов необходимости бытия – зоны контр-абсурда).

Блок контр-бестелесность

Определение: совокупность установок и верований, поддерживающих ценность индивидуальной телесности, важность сохранения

организмической целостности (необходимость заботы о теле, соматическом или телесном «Я»); хранящих представления (убеждённость) о болезненности причинения вреда телу (собственный опыт и внешняя информация), страхе соматического умирания (вероятная дисконфортность данного процесса).

Телесность – широкий конструкт, производный от сомы, но не тождественный ей. Это переживание присутствия своей соматической оболочки, как абсолютно неотъемлемой части «Я» (соматическое самовосприятие), убеждённость в собственной телесно-психологической целостности, уникальности и непрерывности, это основа формирования телесноберегающих стратегий. Душа нематериальна (её немного проблематично ценить, именно по причине её бестелесности), а вот с телом всё обстоит прозаичнее (или – прагматичнее): вот оно, совершенно материально, легко переходит в полюс страдания, если его как следует не беречь. Функционирующий блок делает суицид невозможным именно из-за необходимости отказа от тела, телесности, вероятного алгического компонента, связанного с умиранием (болевые или иные неприятные ощущения, сопровождающие смерть – контр-анестетическая составляющая).

Составляющие блока провитальные: радость и значимость обладания телом, масса приятных переживаний и ощущений, с этим связанных (которые были и которые ещё будут)¹. Эстетика и красота тела (целого и здорового), удовольствие заботы о теле, направленной на избежание неприятностей (болезней и пр.): последнее больно и хлопотно, а здоровое тело – источник массы положительных моментов (правда, часто не замечаемых в обычном состоянии).

Составляющие блока демаркационные: опыт неприятных ощущений при соматических страданиях (прищемлённый в детстве пальчик), в целом, негативное отношение к боли; неестественность мёртвого² (раздавленные трупы животных, вид разложения, соответствующие мизамы), страх тяжёлой инвалидизации и беспомощности, в частности, в результате нефатального самоубийства (почерпнутый из салонных разговоров: вот кто-то пытался убить себя, но лишь превратился в тяжёлого соматического инвалида или слабоумного).

Трек естественного формирования: врождённая телесная витальность³, аутентичное, естественное развитие телесности и заботливого отношения к телу (вплоть до его культа); обучение заботе о нём (минимально – мыть его и чистить зубы, пока тело «на гарантии», позже расширенные ТО и «ремонтные работы»), формирующаяся здоровая нозофобическая позиция

(бережём пальчики и ноги с руками) и непринятие боли (пробовал – не понравилось⁴); эстетизация красоты тела. Итог: формирование стратегий, направленных на исключение или снижение вероятности проблем с телом в любом возрасте⁵ (внутренняя картина здоровья – ВКЗ).

Механизм декомпенсации / недостаточности: крушение самооценности физического «Я» на фоне недовольства им (комплекс телесной неполноценности), гендерной дисфории, дисморфобических переживаний, аффективной патологии, длительном телесном болевом синдроме. Иногда реакции на иные телесные заболевания и травмы, поставившие под сомнение ранее существующие комплексы неуязвимости и веры в долгую жизнь (оказывается – это просто консервная банка, я-то надеялся...) или результат пропаганды и популяризации безалаберного (нарочито облегчённого), пренебрежительного отношения к телу и здоровью (лишь в страдании ты обретешь гармонию; сколько телу отведено, столько и проживёт оно, как его не береги и не ухищрайся)⁶.

Паттерны вероятной декомпенсации блока: рассуждения о бренности и бесполезности тела (всего лишь внешняя оболочка); сознательная (бессознательная) акцепция болезней и халатное отношение к их лечению, селфхарм, бодимодификации, самокалечение (самоампутации и пр.); увлечение видами спорта и хобби, сопряжёнными с травмами («травматическая личность»); сознательное заражение смертельными инфекциями (ВИЧ), склонность к физическому и сексуальному мазохизму; вероятно, ударно-токсические формы злоупотребления ПАВ (алкоголь, наркотики).

Признаки качественно работающего блока: убеждённость в долголетию, забота о теле (профилактические мероприятия, диспансеризация, качественное и традиционное лечение), занятие здоровьесберегающими видами активности (в частности, занятия физкультурой, закаливание, правильный режим дня, достаточность отдыха); здоровое нежелание боли.

Предполагаемые подходы к диагностике, терапевтический, коррекционный и профилактический потенциал: будут изложены в третьей части сообщения.

Формула прерывания суицидального процесса: страх деструкции тела и прекращения континуума телесности, страх болевых (иных) ощущений при умирании⁷, возможность незавершенности попытки со страшными соматическими и ментальными последствиями («стал овощем», иные формы тяжелой инвалидизации).

Примечания и замечания:

¹Снижающихся с возрастом, но даже на фоне хронических болезней, не исчезающих совсем. При тяжёлых соматических заболеваниях (например, запущенной онкологии) очень многие люди цепляются за каждую возможность телом дышать, двигаться, ощущать оставшуюся биологическую витальность.

²Мы рассуждаем о человеке усреднённом, без глобальных некрофильных устремлений. Маленькие дети с любопытством рассматривают труп раздавленной собаки, копаясь в кишках мёртвого животного, однако, полученная обратная связь от взрослых или сверстников (отвратительно!) формирует общераспространённую универсальную позицию – это плохо. Близость к мёртвым и умиранию во взрослой жизни (патологоанатомы, работники ритуальных контор) не даёт значимо более высоких показателей смертности от суицидов. Очень вероятно, в данном случае речь чаще идёт вовсе не о некрофилии, а о бегстве от темы смерти через создание реактивных образований или идентификацию с агрессором.

³Вероятно, за исключением лиц с серьёзной психической патологией, сопровождающейся врождённой тенденцией к саморазрушению.

⁴Среднестатистическая траектория, без учёта всевозможных вариантов телесного мазохизма (что является поводом для отдельного исследования, поскольку способность долго терпеть боль иногда рассматривается в качестве предиктора аутоагрессивного поведения [3]).

⁵Сколько о теле не забота – ты, умерев, все равно его утрачиваешь? Но принятие этого факта часто, наоборот, активизирует телесно-сберегающие стратегии для максимального замедления увядания (что нередко прослеживается у пожилых людей).

⁶Кстати, многие таким образом обрётшие «гармонию», потеряв при этом фрагменты тела или значительную часть здоровья, вдруг (рус. пословица: «имея не храним, потерявши – плачем») начинают их ревностно ценить.

⁷Достаточное количество женщин не предприняли попытку именно по этим причинам (множество клинических наблюдений).

Страх повреждения тела, утраты переживания телесности не являются эквивалентом эскейпа (исчезновения вообще). Многие потенциальные суициденты, рассматривающие полное исчезновение в качестве приемлемого решения, не способны осуществить суицид, переступив через представления, связанные с телесным «Я» (пугает боль, процесс самого телесно-

го умирания, потеря чудесным образом некогда обретенного тела).

Онкологические больные с «пробитым» телесным «Я» часто находят основания жить в «юрисдикции» других КСБ.

Блок контр-имитация

Определение: совокупность установок и стратегий, сопряжённых с нежеланием (непримлемостью) копирования чужого поведения или образа мыслей.

В данном контексте имитация – необязательно копирование поведения или стилей мышления конкретных людей (безусловно, самым простым и понятным вариантом служит как раз повторение действия знакомых, близких или публичных фигур: суицид отца, друга, одноклассника, пример страдающего молодого Вертера). Дело в том, что идеей возможности суицида пропитано буквально всё вокруг: столько самоубийц (миллионы или уже миллиарды в истории человечества), а значит, не всегда важна степень знакомства или родства. К сожалению, подобное «коллективное бессознательное» довлеет над всем человечеством: плохо станет, выход есть, вон сколько людей подобный вопрос суицидом решило. Имитация в расширенном варианте – это приверженность человеческой истории (упомянутой выше), культуральным стилям (Япония и т.п.), распространённым социальным решениям (не отдал карточный долг..., изменила жена...), индуцированным решениям (расширенные самоубийства сектантов, группы смерти в социальных сетях), подражательное поведение «за компанию» (подруга уговорила вместе с крыши прыгнуть), персонально¹-спровоцированные треки (суициды близких родственников, друг повесился), имаго-варианты (примеры молодого Вертера или бедной Лизы впечатлили).

Составляющие блока провитальные: здоровое желание индивидуальности и уникальности (возможно, конструктивный эгоизм); переживание личностной суверенности и возможности думать; удовольствие и самоуважение от самостоятельности (помните детское: «мама, я сам...!», возможность самопоглаживания (какой я молодец).

Составляющие блока демаркационные: негативные опыт ведомости, в частности обманы, предательства, формирующие здоровую недоверчивость (нет пророков в отечестве моём...); неодобрение суицидального поведения, особенно индуцированного (жадный за компанию повесился): как можно быть такой дураком или дурой, я бы так никогда бы не поступил, осуждение подчиняемости и отсутствия собственного мнения.

Трек естественного формирования: аутентичное возникновение модели самостоятельно-го поведения и думания: «Я сам» (к сожалению, часто повреждаемая «любящими» родителями), формирующаяся здоровая потребность в отдельности и суверенности; поощрение окружением способности думать самому, не поддаваясь «сладким речам».

Механизм декомпенсации / недостаточности: «интоксикация» романтизированными примерами самоубийств (литературные и кино-персонажи), популяризация суицида в литературе, интернете, социальных сообществах (вода камень точит); избыточное число примеров в окружении, суицид близкого человека; заострение ведомых черт личности (в результате неких потрясений, появления харизматичного деструктивного лидера); значительные стрессовые переживания, сужающие репертуар возможных самостоятельных решений.

Паттерны вероятной декомпенсации блока: участие в группах и движениях тоталитарного характера; растерянность «по жизни» с желанием обрести ментора; оправдание суицидов окружающих и исторических персонажей; сопоставление личной истории с трагедиями и решениями будущих самоубийц. Возможно: покупка многочисленных «курсов» и марафонов личностного роста, усилившаяся увлечённость услугами коучей и иных гуру.

Признаки качественно работающего блока: убеждённость в том, что всегда следует обдумывать решения, представления о пагубности слепого копирования (осуждение такового), опыт рациональных решений в критических ситуациях в прошлом.

Предполагаемые подходы к диагностике, терапевтический, коррекционный и профилактический потенциал: будут изложены в третьей части сообщения.

Формула прерывания суицидального процесса: я всё же сам хочу решать вопросы, касающиеся меня, в том числе – распоряжаться собственной жизнью. Миллионы покончивших с собой продемонстрировали возможность подобного решения, но это точно не мой путь.

Примечания и замечания:

¹В смысле повторения действий конкретной персоны.

Обсуждение

Рассмотренные КСБ носят универсальный характер, однако, вероятно, национальные и культуральные особенности способны вносить некоторые коррективы в приоритетность блоков, их персональную или групповую значимость, что не обесценивает базовых принципов декомпенсаторной (минус) модели суицидоге-

неза. На представленность и работоспособность блоков способны оказывать влияние некие нетипичные для рассматриваемой популяции воспитательные и ценностно формирующие факторы. Значение конкретных КСБ в определённой степени варьирует от человека к человеку в одной и той же популяции (влиянии факторов ante).

В самых жесточайших условиях просуицидальных вызовов, полноценная работа КСС (её КСБ) способна эффективно блокировать предполагающийся суицидальный каскад (столь вероятный с позиции большинства плюсовых моделей): человек совладевает с любым, несмысленным позором, с запредельными ограничениями и поражениями в правах, с нечеловеческими условиями заключения, ссылки, потерей значимых людей и планов. При декомпенсации КБС любое, даже самое лёгкое просуицидальное воздействие (со стороны не расцениваемое как таковое) способно становиться фатальным.

Одной из особенностей предлагаемой модели служит отсутствие ставки на крайний фактор, вызвавший суицид. Пожилой человек утром встал в прекрасном расположении духа, зная, что прожил прекрасную жизнь и это его последний день, прекрасно провёл его с близкими, написал завещания, прощальные записки и тихо ушёл... Его просто больше не удерживала в жизни КСС, никакого стартующего события в данном случае не было. Как не бывает его и при суициде философском, у человека, пришедшего к выводу, что в жизни он больше ничего нового и выдающегося не увидит.

КСБ создаются в процессе индивидуального развития (атмосфера, принятие, любовь), воспитательно-социализирующий факторов (демонстрация эффективных моделей, транслирование копингов и пр.), традиций разного уровня (религиозность, допустимость суицида и др.). КБС не являются статичными и исключительно кризисными конструктами, претерпевая в течении жизни существенные качественные и количественные изменения. В процессе онтогенеза способны меняться приоритетные (ведущие) КБС. Постоянный контакт со средовыми факторами и внутриличностными конфликтами способен как конструктивно модифицировать КСБ, так и приводить к постепенной или острой их декомпенсации.

Так или иначе, КСБ отчётливо становятся «контр-суицидальными» именно в момент непосредственного контакта с персонально значимым просуицидальным фактором, в случае возникновения условно нормативных антивитальных переживаний КБС «обрабатывают» их в фоновом режиме. В моменты отсутствия

обозначенных конфронтаторов, КБС работают в режиме создания провитального нарратива, смыслов и целей существования, модифицируя возможные кризисные ответы в зависимости от изменяющихся условий среды.

Нередкой является первичная недостаточность какого-то (каких-то) КСБ. В ряде случаев их роль выполняют присутствующие и функционирующие КБС. Наиболее неприятной траекторией является суицид, как результат контакта специфического (таргетного) просуицидального фактора (а таковых в жизни не так уж и много) в условиях первичного отсутствия (полной декомпенсации) наиболее конгруэнтного вызову КБС. Например, импульсивный (абреактивный) суицид в условиях невыработанных в наиболее соответствующем КБС антиимпульсивных стратегий и правил.

При первом знакомстве к предлагаемой модели часто складывается не совсем верное представление, что именно просуицидальные факторы должны обязательно провалить некий (некие) конкретный (конкретные) КСБ (кажущиеся «на вскидку» максимально специфичными именно данному вызову), результатом чего и является суицид. На самом деле, это не так: здоровые и адекватные КБС в идеальном случае должны вовсе не «провалиться», а суметь качественно отработать вызов (не позволив ему реализоваться в суицидальный акт). Обычно декомпенсация КБС происходит на этапе «до» рассматриваемого рго воздействия, которое, попав на благоприятную почву получает возможность дальнейшего фатального развития.

Безусловно, существуют варианты, когда именно просуицидальный фактор является и причиной катастрофической декомпенсации «специфического» КБС, что позже приводит к прогрессу суицидального каскада. Например, момент сообщения тяжёлого онкологического диагноза, в считанные секунды способного декомпенсировать до этого момента прекрасно работающий контр-бестелесный блок КСС. При недостаточности наиболее «специфичного» вызову КСБ часто наблюдается эффект демумльтипликации (разделения) ответственности за ликвидацию воздействия за счёт наиболее развитых и индивидуально значимых КСБ (к чему следует стремиться в процессе терапевтической и профилактической работы). В этой связи хочется напомнить и то, что одного оставшегося, сверхзначимого для конкретного человека КБС, бывает достаточно для того, чтобы «в моно режиме» категорически удерживать владельца от возможности суицида (например, за счёт КБС контр-толерантность у истинно верующего человека).

КСБ сами по себе достаточно равнозначны (и направлены прежде всего на создание общего провитального нарратива), но у каждого из них имеется излюбленный спектр просуицидальных вызовов.

Острый контакт с *pro* фактором, меняя временно когнитивные способности человека, не всегда позволяет вовремя вывести КСБ из фонового режима функционирования. Если потенциальному суициденту дать возможность пережить (пройти) острую фазу просуицидального контакта, то спустя сутки после расставания с девушкой (без которой, разумеется, жить больше было ещё вчера категорически невозможно), подключившиеся КСБ (ожившие концепты «семья», «друзья», «бог», «планы» ...), способны прервать решение, которое казалось единственно верным и неотменяемым.

В ряде случаев человек сознательно может «договориться» с КСС (или конкретным КСБ в случае именно его решающего удерживающего эффекта) – это разнообразные героические самоубийства (прикрыть собой амбразуру, вывести других из-под неминуемого удара, не расколоться под следствием, умереть от голодовки в качестве протеста).

Следует предположить и возможность активного поиска человеком декомпенсирующих КСБ условий и ситуаций (например, при реализации негативного жизненного сценария [17]). Как вероятно и успешная работа деструктивного лидера, в результате выключаящая, переинициализирующая ранее эффективные провитальные КСБ (эскапизм – безусловный путь в Рай, суицид – спасение, избавляющее от балласта брэнного тела); фатальная роль токсичных парафилософских размышлений об абсурдности бытия (влияние соответствующих клубов и сетевых сообществ) и эстетизации, воспевания самоубийств (например, результат интродукции манипуляций «Синих китов»).

Значимость различных КСБ, вероятно, отлична и в различные возрастные периоды. До определённого периода детства ещё плохо сформирован контр-эскейп блок (не определено отношение к смерти: «утонул-вытонул», дедушка с кладбища обязательно вернётся, он жив, просто на небесах), что создаёт определённую специфику детских суицидов (с возможной в ряде случаев установкой на обратимость действия). У пожилых людей нередко на первый план выходит КСБ контр-декомпозиция (чувства к внукам, правнукам, являющиеся важным аспектом кризисной психотерапии), или заострившийся КСБ контр-бестелесность (проснувшееся впечатляющее себялюбие).

КСБ прекрасно концептуализируются в клиентском опыте, что позволяет осуществлять

их диагностику с реализацией последующей их коррекции (усиление эффективности конкретного блока и КСС в целом).

Выводы:

1. Контр-суицидальная система, являясь, прежде всего, провитальным конструктом, представляет собой сложный механизм, состоящий из восьми контр-суицидальных блоков (контр-эскейп, контр-толерантность, контр-абсурд, контр-безвыходность, контр-импульсивность, контр-декомпозиция, контр-бестелесность и контр-имитация).

2. Контр-суицидальные блоки представляют собой совокупность осознаваемых, кажущихся логичными установок, верований, когнитивных схем и фобических конструктов, перманентно (в случае необходимости – в пиковом режиме) сглаживающих / устраняющих влияние возникающих в процессе онтогенеза вызовов индивидуального и универсального просуицидального характера.

3. КСБ становятся отчетливо контр-суицидальными в момент непосредственного контакта с значимым просуицидальным фактором, в случае присутствия условно нормативных антивитальных переживаний КСБ «отрабатывают» их в фоновом режиме. В моменты отсутствия просуицидальных вызовов КСБ работают в режиме создания провитального нарратива, смыслов и целей существования.

4. Контр-суицидальные блоки не всегда неспецифичны просуицидальным вызовам.

5. Полноценная работа контр-суицидальной системы способна эффективно блокировать просуицидальные вызовы любого уровня, прерывая предполагавшийся суицидальный каскад.

6. Изначальная слабость контр-суицидальных блоков, либо вторичная их декомпенсация делают человека безоружным перед суммационными (*pro*-) воздействиями. При декомпенсации контр-суицидальной системы (контр-суицидальных блоков), самый незначительный просуицидальный фактор способен с легкостью стать фатальным.

7. Контр-суицидальные блоки легко концептуализируются в клиентском опыте, что позволяет их диагностировать и использовать в лечебных и профилактических целях.

P.S. Предлагаемая декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения ещё открыта и подвижна в отношении возможного развития, однако существенных концептуальных изменений, вероятно, не предвидится. Рады будем всем предложениям, замечаниям и комментариям.

THE DECOMPENSATORY (MINUS) MODEL OF SUICIDAL BEHAVIOR. PART II. CONTRA-SUICIDAL SYSTEM. CONTRA-SUICIDAL BLOCKS

A.V. Merinov

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

Abstract:

Research objective: This work is the second part of a report on the decompensatory model of suicidal behavior (DMS). The first part dealt with the conceptual aspects of the proposed model, the role and place of the contra-suicidal system (CSS). This message is dedicated to its inner content. The CSS consists of eight contra-suicide units (CSU). CSU are rather early acquired constructs formed in the process of socialization, the educational process, and the creation of a personal worldview. Their primary weakness (or absence), or secondary decompensation, leading to their apparent insufficiency at some period of individual existence, leave a person unarmed before suicidal influences. Results: eight universal CSU are described and substantiated. The contra-escape block: a set of attitudes and beliefs related toward the fear of physical disappearance. The contra-tolerance block: a set of attitudes, beliefs and formed ideas related toward the unacceptability of suicide. The contra-absurdity block: a set of attitudes, beliefs and formed ideas underlying the recognition of the importance of human existence. The contra-hopelessness block: a set of attitudes, beliefs and cognitive strategies that form confidence in the availability of a way out of any situation, the transience of any difficulties. The contra-impulsivity block: a set of attitudes and developed strategies that correct and restrain rash, overly affected actions. The contra-decomposition block: a set of attitudes concerning group community, the importance of individually significant attachments. The contra-incorporeality block: a set of attitudes and beliefs that form the concept of the value of individual physicality, organizational integrity. The contra-imitation block: a set of attitudes and strategies associated with the unacceptability of copying someone else's behavior or way of thinking. Conclusion: CSS, being primarily a provital construct, is a complex mechanism consisting of eight contra-suicidal blocks. CSU is a set of conscious, seemingly logical attitudes, beliefs, cognitive schemas and phobic constructs that permanently eliminate the influence of individual and universal suicidal challenges arising in the process of ontogenesis. CSU become distinctly contra-suicidal at the moment of direct contact with a significant suicidal factor. In the absence of substantive challenges, the CSU works in the mode of creating a pro-life narrative, meanings and goals of existence. CSU are non-specific to suicidal challenges. The full-fledged work of the CSS is able to effectively block suicidal calls of any level. The initial weakness of CSU, or their secondary decompensation, creates opportunities for the realization of suicidal impulses. CSU are easily conceptualized in the customer experience, creating opportunities for their diagnosis, use for therapeutic and preventive purposes.

Keywords: decompensatory model of suicidal behavior (DMS), negative model of suicidal behavior, suicide, suicidal behavior, autoaggressive behavior, contra-suicidal system (CSS), contra-suicidal blocks (CSU), contra-escape block, contra-tolerance block, contra-absurdity block, block contra-hopelessness, block contra-impulsivity, block contra-decomposition, block contra-incorporeality, block contra-imitation, antisuicidal contra-gram (ACG)

It can be explained by nervous depression.
But in this case, it should be borne in mind
that it has lasted since
I became an adult, and that it has helped me
to pursue my literary profession with dignity...
Romain Gary
(he shot himself on December 2, 1980 in Paris),
from the text of his suicide note

This article is the second part of a report on the decompensatory (minus) model of suicidal behavior [1]. And if the first part of the work concerned the conceptual aspects of the proposed model, the role and place of the contra-suicidal system (CSS), this message is entirely devoted to its internal content - the proposed contra-suicidal blocks (CSU), which are integral parts of the CSS.

Let's briefly recall the essence of the plus- and minus- approaches to suicidogenesis. Most of the currently existing models of suicidal behavior [2] are somehow focused on the search for pro- (plus-) level factors - what should happen (the effects that directly caused suicide or suicide attempt), what should additionally be present in the life of a potential suicidal person - the

broadest a set of proven predictors, suicidal endophenotype, and augmentations of suicidal action, since only the summation of these can encourage a person to commit suicide. It seems to be an ideal model, however, there are several "buts". In particular, the issue of the necessary (sufficient) force of the suicidal effect (the level of its personal power required for guaranteed suicide). The contra-system (contra-suicidal factors) in such models are not that no attention is paid at all (at least, no one disputes that their presence is an undoubted benefit), but their role is often quite passive (the principle of "Wait, the ambulance will definitely come to you ...") and it is often very ambivalent: having a family is very good, its absence is noticeably worse, but look at how many of those who commit suicide are married and have children and grandchildren, etc.; faith in God is also certainly an anti-suicidal construct, however, the number of people killed by suicide in the church is confusing, and a cross (or other symbols of faith) around the neck is found in more than half of those who commit suicide; a long and harsh winter with low levels of sunlight is bad, but what to do with those who committed suicide in a climate that is not conducive to this as much as possible or in a city with the

highest level of happiness among the population. We are exaggerating our presentation a little, but, nevertheless, there are definitely more questions than answers. Researches with the design of "where there is more and where there is less" certainly makes sense, but they are far from always able to offer something for building really effective preventive or curative measures. Everyone should move to the region with the lowest suicide rate among the population (but will it remain so after that?), not to part with loved ones, because it is fraught (and it is better not to love and not have a partner, but the latter is also a bad sign). It seems that there is an unequivocal recommendation: to reduce the level of alcohol consumption and (it is not entirely clear how) the level of depressive patients... But here we have patients: one suffering from highly progressive alcohol dependence, the other who has suffered several severe depressive episodes. In the first case, it is one of the most inherently autoaggressive diseases with a textbook high suicidal risk [3], the second is a painful condition with the highest suicide mortality rate [2, 4]. However, despite the host of suicidal intentions in a hungover state and similar experiences at the peak of depressive affect, many of those suffering from them (contrary to numerous forecasts [3, 5, 6]) live to a ripe old age in spite of all the canons and provisions of suicidology (which means that something stubbornly keeps them at it in the light).

In turn, in the proposed decompensatory (minus-) model of suicidal behavior, the emphasis is not on suicidal factors (many of which, with all our desire, we can never eliminate from a specific ontogenetic trajectory), but on the specifics of the work and resourcefulness of the CSS, which, in conditions of its full development and functioning, is able to force the suicidal action. The system operates in a permanent mode and is primarily aimed at creating pro-life aspirations, meanings, plans, and explanations of "issues that do not quite fit into one's head". The provital constructs obtained in this way are capable of blocking suicidal intentions with the help of specific antitheses and constructive phobic attitudes. During decompensation (for various reasons) with CSU and its individual features, a person becomes much less protected from stressful influences, fashion trends, destructive influences, etc., which, in turn, is highly likely to transform any suicidal effect into a fatal suicidal action.

To summarize: traditionally, interested in the causes of suicidal behavior (plus-models), measurements, assessments, and analysis of the causes and risk factors of a possible act are carried out, but no less (if not more) interesting is the question of finding out what is capable of contraing, smoothing out, and leveling these causes, left without which a person becomes defenseless before the face of their kind. Not what led, but what allowed suicide to be avoided until some time (even banally laughing off the "bad thoughts" that came to mind). In our reasoning, we relied on three basic positions for the decompensatory (negative) model of suicidal behavior: a) everyone has antivital experiences (and even aspira-

tions) (a matter of their severity and awareness, controlled by the power of psychological defense mechanisms and in other ways); 2) everyone living (so far, at least) has some mechanisms that contra-act this, rejecting and processing anti-vital sensations of the ideational and behavioral level (CSS); 3) it is their collapse or initial deficiency that allows prosuicidal actions to be, unfortunately, effective (the positive factors achieve their goal only in conditions of decompensation of the CSS).

Over the past three decades, we have conducted numerous (several thousand) interviews with people who attempted suicide, but survived for various reasons; with people who planned it, but at the last moment, for some reason, interrupted / refused to carry it out; with those who seriously (or even jokingly) wondered about the possibility of suicide, without taking any action to commit it, and prompted curious reflections. Is the traditional clarification of the causes of an attempted or possible suicide attempt such a valuable approach, or is the specification (check-approach) of an extensive (expanding from year to year) register of predictors of suicidal behavior? What really gives us most of this knowledge, apart from the expansion of academic understanding of the subject. Many of them (factors, predictors) have already had an irreversible effect, some are purely innate (at the genetic level), some can rightfully be classified as "human, too human" (which means that it was, is and will be). Moreover, almost the entire vocabulary of positive models is located in the anti-vital semantic pole, which makes it extremely difficult to use it for purely preventive purposes (it is not difficult to guess that a conversation with schoolchildren about suicidal thoughts, attempts, non-suicidal auto-aggression, all these things that should NOT be done, can often lead to a paradoxical effect that under the Criminal Code of the Russian Federation). By the way, most of the pro-factors available to a parasuicidal person also cannot be recommended for widespread use in therapeutic programs (there are, of course, exceptions, but this is the general trend).

This gave rise to the idea of asking parasuicidants not only the reasons for what they had done or the reason for their painful suicidal thoughts, but also what stopped them at the most difficult moment, preventing them from completing their plan (or successfully stopping them earlier, before a suicide attempt) [7], or (in milder cases) it interrupted the suicidal cascade at the stage of abstract fantasies. And the presence of something, if it was available, could contribute to this, effectively hindering the further progress of the suicidal process.

The reasons, which seemed quite diverse at the very beginning of the study, after some time began to reveal a certain structure with a distinct universality and similarity in the seemingly so different patient histories. The systematization of the received answers allowed us to create a set/ register of universal reasons to live despite the presence of suicidal factors. Let's list them: fear of physical disappearance (non-existence, nothing-

ness); fear of the consequences of suicide (social, religious, etc.); confidence in the obligatory presence of the meaning of being (even if it is not clear now), acceptance of the possibility of temporary experience of meaninglessness; conviction that there is a way out of any situation (there are no hopeless situations, in principle, there are very unpleasant exits), flexibility of the "bar of claims"; skill in controlling impulsive, rash decisions, available negative experience of sudden, thoughtless actions, fear of doing something irreparable on the spur of the moment; the presence of informal family, friendly, professional involvement / responsibility, group future, fear of loss of such, the value of the body shell, fear of destruction of soma, pain / discomfort during death, the consequences of an attempt, an incomplete death ("became a vegetable"); expressed personal sovereignty (critical attitude to other people's / imposed opinions dictating behavioral patterns), fear of identity loss. Each of the above provital "arguments" has received its own abbreviated name: the contra-escape block (1), the contra-tolerance block (2), the contra-absurdity block (3), the contra-hopelessness block (4), the contra-impulsivity block (5), the contra-decomposition block (6), the contra-incorporeality block (7) and the contra-imitation block (8). Based on them, a graphical questionnaire (histogram) with eight columns has been created, called the antisuicidal contra-program, which evaluates the severity and subjective significance of each CSU in a particular person (more details will be discussed in the third part of the message, devoted to the diagnostic procedure and principles of reconstructive therapy).

For ease of perception of the following material, we present a schematic diagram of the de-compensatory (minus-) model of suicidal behavior (Fig. 1).

Contra-suicidal blocks

The CSU (argumentative necessity, goals, and meanings of existence) consists of eight contra-suicidal blocks (provital blocks – perhaps such a name would better reflect their essence, but then the suicidological context of interest to us was "lost"). CSU is a set of conscious and seemingly logical attitudes, beliefs (introjects), provital cognitive schemas and phobic constructs that permanently (and, if necessary, in peak, crisis mode) smooth out/eliminate the influence of prosuicidal (anti-vital) challenges arising in the process of individual history.

CSU are rather early acquired constructs formed in the process of socialization, the educational process, and the creation of a personal worldview. The innate nature of some of their components (in particular, the fear of darkness as the equivalent of death [8], the existence of universal archetypes of death [9]) is not so convincing, but, nevertheless, they continue to be widely used in certain circles. Without a doubt, CSU are repeatedly adjusted and subject to revision throughout their lives. CSB elements can be conditionally personalized – "digested", analyzed and then accepted, and "blindly" adopted (introjected), as not requiring convincing verification and evidence (for example, religiosity); rigid (stable) over time (the same devout religiosity) and transformable throughout life (value-semantic orientations); rational (unfinished business) and irrational (fear of punishment after suicide).

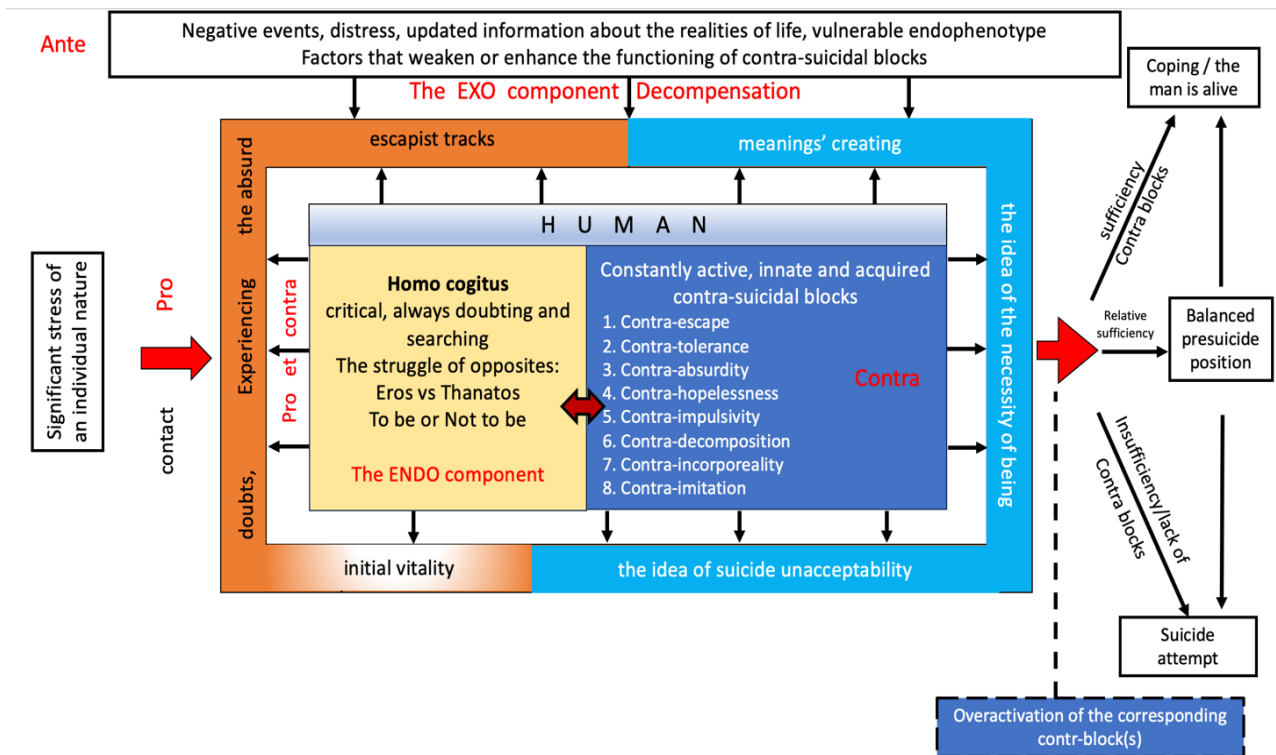


Fig. 1. Decompensatory (minus-) model of suicidal behavior

Their primary weakness (or absence), or (which happens much more often) secondary decompensation (devaluation), leading to their apparent insufficiency in some period of individual existence, leave a person unarmed before the cumulative (pro-) effects.

Let's discuss each of the proposed CSU in more detail.

Block contra-escape¹ (contra-nothingness)

Definition: a set of attitudes and beliefs related to the fear (conscious unwillingness, unacceptability) of physical disappearance / non-existence / dying, interruption of the continuum of the Self, etc. The functioning block is aimed at forming a personally justified concept of the impossibility of disappearing before a certain designated moment (genes, God, the Universe, etc.), maintaining the fear of transition to frightening nothingness (into an incomprehensible, incomprehensible "just nothing" [8, 10]).

The components of the block are provital: self-love, clearly experienced, projected into the future vitality (I love and want to live, there are many interesting things ahead), a healthy and rich continuity of being, a sense and understanding of self-worth.

The components of the demarcation block² are fear (conscious unwillingness) of physical and mental disappearance, fear of the transition (transformation) of the "living-inanimate", understanding of the irreversibility of death, doubts about "life after death".

The track of natural formation: familiarization with the fact of dying (using the example of animals, relatives, fairy-tale and other characters), the occurrence of serious diseases with significant risk to life (own, relatives and friends), forming a negative context of individual dying / disappearance.

The mechanism of decompensation / insufficiency: severe life shocks accompanied by depressive affective disorders, self-loathing; mental disorders of the affective circle (depressive episodes, PTSD, CPTD, etc.); the influence of destructive cults, sects, online communities (positive reincarnation attitudes, the need to sacrifice for rebirth).

Patterns of probable decompensation of the block: rhetoric of fearlessness before death (it's all the same to die, everyone will die ...), justification of the expediency of death in certain circumstances, frequent conversations about death (its advantages) or disadvantages of current existence, denial of prospects and desirability of the future (disappearance of existing goals, vital curiosity), existence of according to the principle of the negative "here and now" ("then at least the flood", where the curve will take out); the emergence of patterns of non-suicidal auto-aggressive behavior (risky acts, the acquisition of life-threatening hobbies and habits, marked victimization, shock-toxic forms of surfactant consumption); fascination with the ideas of reincarnation, corresponding spiritual practices.

The signs of a high-quality unit are: a conscious desire to live, a positive attitude towards the very fact of life, a commitment to the future (numerous life plans, dreams), concern for one's own safety, minimizing the

risks associated with sudden death (from the banal - to look at your feet and at the road, crossing it, fasten your seat belts, to more sophisticated life-saving strategies), the existence of constructive phobic attitudes.

Proposed approaches to diagnosis, therapeutic, corrective and preventive potential: will be outlined in the third part of the message.

The formula for interrupting the suicidal process is the fear of physical disappearance that arises at some point (sometimes "animal"), and the emerging awareness (epiphany) of the greater importance of staying alive.

Notes and observations:

¹Escapism (from the English escape – "escape, exit") is the disappearance, erasure of something.

²Demarcation is the drawing of a dividing line, the definition of a boundary (in our case, acceptability, permissibility).

Escape (withdrawal) will happen in everyone's life, but it is desirable that it happens for natural reasons (and/or at a moment set aside by God, biology), forcing this process is strange and unnatural.

The contra-tolerance block (contra-acceptability)

Definition: a set of attitudes, beliefs and formed ideas associated with the unacceptability (for a variety of reasons) of voluntary withdrawal from life. The functioning block is aimed at maintaining the belief in the unacceptability (tolerance) of suicide for reasons related to its negative (unbearable) consequences (social, religious¹, aesthetic), both for the perpetrator and his environment. The block's motto is: your earthly journey will cease, but the upcoming sufferings (for you and significant others) are supposedly endless. Your relatives will become relatives of a suicide bomber, and your children will forever bear the imprint of the choice you made. Someone who commits suicide looks bad, is poorly perceived by society.

The components of the block are pro-life: living is right, it's beautiful and aesthetically pleasing; life is a Gift (it doesn't matter who's); observing the rules and commandments is good (he may hope for some kind of prize, for example, a place in paradise), enduring some hardships worthily – again, you are good, and whom-then, undoubtedly, gifts and approval are waiting for a little later. Positive assessment of life by social institutions (religious, etc.).

The components of the demarcation block are: the idea of unacceptability (punishability) of persons who have voluntarily taken their own lives (religious, visual-aesthetic, subjective-evaluative: "this is what weaklings and seriously ill people do", "it's not difficult to die in this life, make life much more difficult"²), fear of metaphysical consequences (eternal suffering and restlessness of the soul), fear (confidence in) the negative post-connotation of suicide (the position of a number of social and religious institutions that presuppose and frighten negative consequences towards loved ones), unacceptable aesthetics and visual consequences of this kind of death (perhaps death in general). For example, a potential suicidal person may not be intimidated by the

fact of physical disappearance (a contra-escape block that does not work for a number of reasons), but they effectively stop suicide intolerance.

The track of natural formation: introjection of attitudes from the immediate environment, representatives of social and religious institutions, fear of violating taboos (mom and dad were not told to do this...), formation of one's own ideas through contact with the condemnation of suicides by the environment, in literature, the media, etc.; archaic (archetypal) fear of suicide as a step against the universe, the World, the Almighty, the Ancestors, etc.

The mechanism of decompensation / insufficiency: puberty crisis, age-related crises, crisis of faith and identity of the existing value-semantic system; the result of presuicidal kindling (from the English "kindling" - incitement); sharpened opposing personality traits ("any suicide is more honest than each of you ...")³; hobbies of a certain kind of spiritual practices (praising the aesthetics and logic of suicide); "suicide clubs" and related online communities; age-related transformation of attitudes towards death (including, often, suicide).

Patterns of probable decompensation of the block: inversion of the previous attitude towards self-destruction, devaluation of previously present positions of sinfulness, prospects of Hell, negative reaction of loved ones, subsequent discussions ("the dead don't care anymore"); justifying the actions of famous suicides, aestheticizing suicide, romanticizing motives for self-destructive behavior ("I acted like a real man" or "anyone in her place would have done the same thing"), defending the right to voluntary withdrawal (in particular, euthanasia), accusing clergy and the public in a bony and inflexible position, unwillingness to understand the soul of a suicide; near-suicidal (mortal) humor, facts of "digital self-murder", voluntary participation (creation) in specific network and non-network communities; passion for relevant comics, manga, online resources, etc.

Signs of a well-functioning unit: a stable, variously reasoned position regarding the impossibility of suicide. A man foaming at the mouth is able to explain the reasons for his opinion. Usually, we are not talking about outright criticism and empty accusations, this is precisely the platform of intolerance that has been formed.

Proposed approaches to diagnosis, therapeutic, corrective and preventive potential: will be outlined in the third part of the message.

The formula for interrupting the suicidal process: occurrence (presence) individual and transcendent fear of the consequences of suicide.

Notes and observations:

¹The Decree of the Council of Trent (1568) interprets the sixth commandment ("Thou shalt not kill"), following the view of St. Augustine, as categorically forbidding suicide.

²V.V. Mayakovsky "To Sergey Yesenin". Suicide (?) to suicide (?). Anyway, perhaps it is the existing attitude to try to "make a life" for a while that can pro-

tect against the last step (an excellent "assemblage point" for psychotherapeutic intervention).

³Kirillov in F.M. Dostoevsky's "Demons" argues: "God is necessary, and therefore must be. But I know that it doesn't exist and can't exist. A person with such two thoughts cannot stay alive. If there is no God, then I am God. If there is a God, then all is his will, and out of his will I cannot. If not, then it's my will, and I'm obligated to declare self-will." It is suicide that acts for A.N. Kirillov as a form of "declaration of self-will" [11].

The religious protective factor, apparently, has no independent, universal significance, being only a component, in particular, of the "contra-tolerance" block. Nevertheless, religious prohibitions can create effective direct restraints (don't kill yourself – it's a sin, we'll bury you behind a fence), and indirect buffers ("repent, confess, God will forgive", "if it's difficult, you know where to turn") [12].

The contra-absurdity block (contra-meaninglessness)

Definition: a set of attitudes, beliefs and formed ideas that create a philosophical and everyday position on the importance of human (individual and collective) existence, confidence in the presence of obligatory meaning in any trajectory of human existence, sacralization of the fact of life, faith in a certain design or plan regarding the appearance / presence of man on earth. This sufficiently explains the need (possibility) of coping with a number of ambiguous contacts with reality, the "digestion" of existential realities and periodically arising doubts about the presence of the logic of existence (its actual absurdity [13, 14] and spontaneity¹). A block that forms (guarantees) the presence of meaningfulness, correctness and necessity of what is happening (current and global), explaining the meaning of deprivation, adversity, injustice (this is just a black streak of life, a white one will come; the meaning is necessarily present, because it can't just be like that, now it's just banally incomprehensible...). It contains an extensive set of contra-absurd rules / principles (antitheses) of various kinds (religious, existential, scientific, metaphysical) that do not allow the human mind to "get lost in three pines" of apparent meaninglessness (suddenly the whole meaning of life lies in the need to live it).

The components of the block are provital: awareness / existence of a life mission (I know why I live, I understand why I live on), the presence of formed value and semantic orientations, building life prospects, informal involvement in social, professional and other interactions, the presence of fantasies and dreams (I want to catch in-o-o-o-t such a crucian carp, to see the sunrise in Japan), banal curiosity (what will happen tomorrow, what will change, what will appear... I want to live to see televisions implanted in the brain), existing responsibility: I am responsible for a relative, children, those, who was tamed (cat, bitch, etc.).

The components of the demarcation block are: fear of realizing the real fact of absurdity (which means it's better not to think about the patient); blasphemy and other "impossible" such doubts (they were martyred for

you on the cross... and you doubt it); archaic faith in punishment, fear of such free-thinking (don't think like that, it won't do you any good); fear of real freedom as an existential given [15] (choosing reasonable humility: don't pick up rocks if you're not ready to see what's underneath).

The track of natural formation: copying parental models and matrices of contra-absurd rules / proofs (the ancestors can be trusted); formed attitudes of duty: "you must live to see ..." and "it is necessary to put children on their feet..."; religious component (there is a meaning, even if you are not able to understand it), semantic and goal-setting examples from books, films, cartoons. Archaic-devaluing models of thinking: the human brain is imperfect, it can come up with stupidity (it's better not to think and that's it; you know less, you sleep better); learned "everyday pseudo-stupidity" (it's easier not to think, because last time I thought about it and got upset). Illustrative examples of those who successfully survived a super quake and chose voluntary retirement (who did not break down, despite enormous trials vs a grandfather who hanged himself and got into a noose with the words: "life is a senseless waste of time").

The mechanism of decompensation / insufficiency: changes in a previously stable position as a result of the impact of crisis, ambiguous situations that expel "lack of thought" from paradise. For example, coming into contact with some difficult-to-explain facts: the death of a baby from cancer, the sudden fatal accident of an acquaintance who was overflowing with far-reaching plans yesterday, etc. His own serious physical illnesses, accidents, accidents – a person with a learned "everyday pseudo-dementia" who suddenly comes into close contact with the topic of dying (sometimes out of the ordinary, when all your plans for the future begin to be perceived as emptiness). Intoxication with philosophical works, participation in relevant communities and discussion clubs; spontaneous doubts about the logic of being, characteristic of every thinking person. Situations where no normal religious response is given to a normal religious request.

Patterns of probable decompensation of the block: painful reflections on the meaning of life that have appeared (previously not noted in such a volume or key), "crystallization" of the idea of the absurdity of being, declarative (and not only) reassessment of former values, devaluation of the most previously significant of them, feeling / feeling / conviction of the meaninglessness of everything that happens (in particular, the very life "to which I was condemned without asking my consent"); feverish spiritual searches and unusual practices, a sudden turn towards the study of "decadent" philosophy, an unexpected change in previous philosophical (often religious) principles. The appearance of compulsive / deliberate over-engagement (an attempt to get away from uncomfortable questions and thoughts through fatigue and over-involvement). The disappearance of the taste of life, striving for the future (often without any depressive context²). The point devaluation

of the points of the existing system of contra-absurd rules.

Signs of a well-functioning unit: strong confidence in the presence of the meaning of life, clear or convincing arguments for this position, feeling (awareness) your own mission, goals, and a lot of medium- and long-term plans.

Proposed approaches to diagnosis, therapeutic, corrective and preventive potential: will be outlined in the third part of the message.

The formula for interrupting the suicidal process: it can't be that everything turned out to be meaningless, there is definitely something. Everyone has moments of weakness and despair, and tomorrow they will have new goals and guidelines (the morning of the evening is more complicated). Not everyone can understand the Creator's idea (or maybe they don't need to).

Notes and observations:

¹The only thing you are really capable of managing is the issue of early termination of your allotted life span. And even then, provided that someone or something doesn't suddenly do it for you sooner.

²For experiencing the absurd, there is absolutely no need to experience depression or hopelessness. By the way, hopelessness is often not accompanied by a distinct (clinically significant) depression.

The loss of the meaning of life is an important, but not always sufficient condition for suicide. A priori, a number of aspects of human existence have a not-so-unambiguous "reputation", periodically giving our brains grounds for reasonable doubts about the Meaning of existence. Even devoutly believers are visited by doubts about the presence of such or Divine presence (which is a completely normal and healthy phenomenon).

The contra-hopelessness block (contra-despair)

Definition: a set of attitudes, beliefs, and cognitive strategies associated with the assumption (unshakeable confidence) in the possibility /availability of a way out of any situation, the transience of difficulties, the presence of mandatory alternatives to something lost (sometimes with a reduction in initial positions), with the unconstructiveness of "inflating" the problem or circumstances to the level of unbearable or hopelessness (the contra-generalization component). Blok in no way disputes the possibility of confusion in response to stressful stimuli (including in facilitating conditions associated with the presence of affective register disorders), however, emphasizes (insists) based on their urgent nature (calm down and find a solution; you won't come up with anything good in this state; even severe depressions don't last forever, etc.). If desired, reasonableness, reasonableness and reasonableness of decisions always return, not seeing a way out is just your choice (what seems to a depressed person today to be unambiguously hopeless and hopeless, often after an hour / day / week begins to look completely different).

The components of the block are provital: the ability and experience to "get out" of any situations that have been formed since early childhood (which increase

self-esteem and often social status); styles of crisis response in the plane of a winning strategy (how can I fail?); the ability to think and analyze without panicking "in the moment", planning "beyond tomorrow", the pleasure of being able to demonstrate resilience, adaptability and ingenuity to others. Constructive (aggressive) attitude to challenges (a difficult situation is a reason to realize oneself); flexibility skills (a willow bends under the onslaught of the wind, but straightens up, a hundred-year-old, outwardly strong oak can break; one lost battle is not a lost war; if it decreases somewhere, it will definitely increase somewhere; three minutes of shame, but the situation is resolved; who will remember the day after tomorrow...?). Faith in obligatory help (God will always help, but his help may not be so straightforward and obvious).

The components of the block are demarcative: dependency, the inability to find a way out is a sign of unhealthy people, losers, who tend only to lose and complain (it's attractive to be disruptive, stress-resistant, adaptable, etc.). It's not nice to give up, are you stupid, you can't think of anything (what will Dad say?). "Offensive" attitudes: everyone coped, but you alone did not, weakly? The unacceptability of the "weak link" philosophy.

The track of natural formation: attitudes (parental and other significant others) aimed at winning and overcoming any difficulties (you can do it, you can), their faith and support, acceptability and tolerance of temporary defeats (it's okay to fall – learn not to cry, but to get up from your knees), formed ideas about time and there is no fundamental surmount ability of any troubles (the rabbit gets sick, but Vasenka gets through; the morning of the evening is more complicated, there is a way out; even on the worst day, there are only 24 hours; hopelessness¹ – people invented it themselves in order not to make unpopular or no decisions at all). Creating effective coping strategies.

The mechanism of decompensation / insufficiency: endogenous and psychogenic emotional disorders that excessively "affect" thinking, significantly narrowing its repertoire (for example, the triad of A. Beck [4]); experiencing an existential vacuum [16]; shock (progressive-infantile) thinking in conditions of a supernormal challenge to reality for a particular person (for example serious illness), or real failures (a series of them); a learned (acquired) tendency to catastrophize the situation and its likely consequences, the habitual devaluation of existing positive aspects and opportunities; asthenic states of any nature, the induction of hopelessness by someone else. Age-related and vascular brain disorders are possible. The inflexibility (rigidity) of the coping system in an ever-changing world, diverse scenario processes and their final reckoning [17, 18].

Patterns of probable decompensation of the block: increased panic reactions towards previously successfully resolved situations, excessive dramatization and thickening of colors in previously indifferent circumstances, excessive tendency to black-and-white and unnecessarily categorical thinking; sharpened social and

life pessimism (nothing good will happen; nothing can be fixed). Denial of the potential to resolve the situation (there are neither forces nor possibilities), parapsychic, deterministic fantasies (the end of the world is coming soon, nothing can be done; everything is predetermined), delegation of responsibility for what happens in life to external forces and conditions (nothing depends on me). Inactivity and passivity of a previously active and resourceful person.

Signs of a well-functioning unit: the conviction that there is a way out of any situation, the lack of a tendency to overly dramatize and generalize situations, the absence of a set of anti-crisis strategies for thinking and behavior, mottoes: a person did not lose a way out, but did not want to look for it, managed to lose the battle even before it began, affective problems are good now They are being treated.

Proposed approaches to diagnosis, therapeutic, corrective and preventive potential: will be outlined in the third part of the message.

The formula for interrupting the suicidal process: there is always a way out, just maybe it is not the most comfortable. It is necessary to endure for the sake of prospects; it is uncomfortable, but it is quite possible to lower the bar (for a while). People usually forget about any human shame after 72 hours, but more often – much faster. Yes, it was getting worse at Kolka's, but he's living, and he's already forgotten about all the troubles.

Notes and observations:

¹The metaphor of feline hopelessness: a cat screams at the top of a tree, from where it is supposedly unable to get down. The called rescuer objects to the wailing grandmother who called their crew:

– Have you ever seen a dead cat in a tree in your life? No?

– No!

– So, they always come down somehow?

A lot of things that seem hopeless the day before change your attitude after an eight-hour nap (or just in the morning).

The initial desire to designate it as contra-depressive would have narrowed its intended semantic boundaries (the block works only with feelings of dependency and longing), which would not accurately reflect the idea of contra-hopelessness. As the term "contra-hopelessness" would not accurately convey it (hopelessness is semantically too tied to the pathology of the affective spectrum). Patients often reason precisely in terms of the urgency /hopelessness of the situation, but not at all in relation to a decreased mood (which, of course, is often, but not always present) or hopelessness, as a kind of "deaf" experience of an emotional circle, whereas hopelessness is usually the inability at the cognitive level to find the required answer (exit).

The contra-impulsivity block

Definition: a set of attitudes and developed strategies that correct and restrain rash, impetuous, overly affected decisions and actions. The functioning block¹ offers alternative models of thinking and reacting (by connecting a rational, balanced attitude to them: meas-

ure seven times, cut once) instead of poorly constructive decisions provoked by well-known personality traits, emotional fluctuations (actions under the "influence of the moment"), dictated by false prestige, external and internal provocations, the dissonance of what is expected and what is actually received.

The components of the block are provital: the ability to be reasonable was supported and approved (reasonable, and therefore good, boys and girls are loved by parents), now this is an extra reason for self-smoothing (I did well, I avoided something bad, but received something positive); consciously controlled risk minimization of short-term decisions allows to remain not just physically whole, but also successful, preferred, chosen (by friends, partners, employers), which brings pleasure (a person has learned to be successful without creating rashly).

The components of the block are demarcative: less impulsivity reduces the number of erroneous, often painful decisions (threatening with punishment, shame, injury, pain, etc.), which is confirmed by personal experience, which led to personal damage (do not pull the tail if you do not know who it belongs to; something is better in generally speaking, it's impossible not to fix something later).

The track of natural formation: the product of direct and indirect conditioning of the usefulness of balanced behavior: the urgent demands of significant others with diverse reinforcement (positive and negative) of balanced decisions and compliance. The negative personal experience of rash decisions forms its own set of rules, the "cowardice of rashness" (I want to, but...; I would freak out, but I've already tried...) Recognition of the obvious fact that "a lot of things usually look different the next day".

The mechanism of decompensation / insufficiency: the sharpening of previously compensated personality traits (the results of age-related changes, mental and drug-related disorders), leading to a devaluation of previous coping and coping strategies with impulsivity². Learned impulsivity related to the type of activity, environmental and cultural conditions. Reduction of the contra-impulsive assortment (psychological scotoma) against the background of acute affective shock reaction, significant shocks (in particular, significant correction of knowledge about significant others, respect for whom maintained the status of a "good, calm boy"), burnout, chronic, debilitating diseases, emotionally exhausting circumstances, problematic partnerships, etc. Provocations, systematic alcoholism (actual alcohol or drug intoxication), situations, lack of feedback from a significant environment in a situation of stress.

Patterns of probable decompensation of the block: an increase in the number of impulsive and thoughtless actions (including tantrums with threats of self-harm, abreactive parasuicides and self-harm, sudden openly risky, victimized and provocative behavior). Increased conflict, an increase in the number of insults "out of the blue", and a narrowing circle of acquaintances in this

regard. The growth of impulsive purchases, tattoos/piercings, and little motivated changes in life.

Signs of a well-functioning unit: the presence of conscious and working strategies that reduce (exclude) excessive impulsivity and affectation, the motto: haste is needed only when catching fleas ... the winner is the one who knows how to wait, and the morning is always more complicated in the evening. Healthy skepticism about previously rash decisions. Acceptance of existing impulsivity (as a reason for appropriate conclusions).

Proposed approaches to diagnosis, therapeutic, corrective and preventive potential: will be outlined in the third part of the message.

The formula for interrupting the suicidal process is the emergence of the fear of doing something incorrigible under the influence of the moment, which later will be pointlessly regretted.

Notes and observations:

¹In particular, people with personality disorders (psychopathic personalities) have problems with this CSU, however, in most cases their vector of impulsivity is noticeably more directed outward.

²Individuals with personality disorders are a clear example of an initially almost completely absent CSU (at least, it disappears at the moments of decompensation of the personality disorder).

It should be remembered that there is also a natural way to maintain impulsivity and expansiveness (cultural: we, Spaniards, are hot-headed people; social-role: the demonstrable vulnerability and grotesqueness of the experiences of a real young lady or 100% man; family: we, Petrovs. are quick-tempered and touchy people, we can hang ourselves to spite our neighbors and etc.).

The assumption of Heraclitus of Ephesus that "lightning rules the universe" probably has to do with the block in question: in suicide, much (but certainly not all) is solved by an evil moment, "lightning in consciousness", when the affected "for" begin to seem clearly predominant over the arguments "against" the contra-impulsive block.

The contra-decomposition block¹

Definition: a set of attitudes regarding the need to maintain group community, the importance of individually significant attachments that form a sense of belonging and unity, and other options for social and individual interdependence, the existence of which is unthinkable (problematic, controversial) with the loss of a community unit. A functioning block supports the importance of subjective involvement in interactions, forms an understanding of the group's reaction to the possible loss of its member (everyone is worried, they will feel bad without me, they depend on me), cultivates and motivates personal involvement and social interest (the desire to participate in development and develop themselves, understanding their own importance to the group), builds perspectives of interaction and belonging (to see the life of children, to wait for the birth of grandchildren, great-grandchildren, etc.), encourages the presence of group goals, the desire to experience some-

thing later through belonging (completion of the project of the century).

The components of the block are provital: a significant sense of family or other group affiliation, active participation in someone's life (and vice versa), the subjective importance of involvement in a project (the desire to bring what was started with the group to a certain point of development, to organize conditions for a pet²); the importance of support from the group, the opportunity to be close to someone (including in difficult life moments).

The components of the block are demarcative: the principled position "you can't quit, it's a betrayal"; unwillingness to do something wrong, to underestimate, understanding the possible reaction of a significant environment (unwillingness to upset the rest of the participants in macro- or micro-social groups).

The track of natural formation: the emergence of attachments and a sense of belonging (a sense of kinship, friendship) in the process of development, group interactive interactions and the process of mutual integration, educationally formed attitudes "not to break up", "to think about others", "cares", "not to be a weak link, to stick to the last" natural experience of support and mutually dependent group projects (an important link).

The mechanism of decompensation / insufficiency: the critical disappearance of a group for various reasons: natural and forced separation; a vacuum in communication (no one to complain to, no one to talk to); the emergence of circumstances that devalue past commitments (conflicts, breakups, rumors and gossip); the idea of an opportunity to facilitate the existence of the group through their departure (feeling like a burden, the opportunity to resolve group problems and disagreements that have arisen); the accumulative effect of previous disintegrations (the disappearance of faith in relationships).

Patterns of probable decompensation of the block: experiencing painful lonely³ and separation; artificial self-isolation, disappearance of search activity in relation to the environment. Indifference to the likely consequences of suicide for the group (it doesn't matter how they will be there..., it will only be easier for them). The patient is interested in who will take care of the cat or the family flowers if he suddenly disappears.

The signs of a high-quality unit are: present, expressed and informal feelings of community, and involvement in various processes (social, professional, etc.), the presence of a loving family (other close people), self-confidence, personal love and affection for others, extensive social usefulness. Motto: because we are a family (mafia)... (an allusion to mutual responsibility in the most constructive sense).

Proposed approaches to diagnosis, therapeutic, corrective and preventive potential: will be outlined in the third part of the message.

The formula for interrupting the suicidal process: the fear of breaking off meaningful relationships (with family, friends, colleagues, etc.), the need to complete

something, the impossibility of causing pain and suffering to the rest of the group, the desire to participate in the development of the group (to see and feel its future).

Notes and observations:

¹Decomposition is the division of the whole into parts.

²About animals – of course, not everyone is deterred by this, but sometimes it makes an old woman stay in this world, who objectively and subjectively (according to her own words) is stopped from suicide only by her dog (and she has thoughts at the same time). In Bulgakov's "Theatrical Novel" with the significant epigraph "Notes of the Deceased" there is a wonderful episode from which the chapter begins called "An attack of neurasthenia": the main character of the entire action of this work is overcome by the fear of death, close to the very desire for death, unexpected help comes from one simple thought: "who's going to feed this old cat?" because the unfortunate animal, once picked up in the yard, is very interested in ensuring that nothing happens.

³Moreover, an "unnecessary" old woman, left by relatives to live alone, can perfectly exist due to the efficient operation of other blocks.

Probably, in some cases, the fear of breaking off relations with God belongs to contra-decompositional attitudes (outside the context of a religious prohibition on suicide, there is a zone of contra-tolerance, and outside the plane of religious meanings of the necessity of being, there is a zone of contra-absurdity).

The contra-incorporeality block

Definition: a set of attitudes and beliefs that support the value of individual physicality, the importance of preserving bodily integrity (the need to take care of the body, somatic or bodily self); storing ideas (beliefs) about the morbidity of harming the body (own experience and external information), fear of somatic death (possible discomfort of this process).

Physicality is a broad construct derived from soma, but not identical to it. This is the experience of the presence of one's somatic shell, as an absolutely integral part of the "I" (somatic self-perception), the conviction of one's own bodily and psychological integrity, uniqueness and continuity, this is the basis for the formation of body-saving strategies. The soul is immaterial (it is a bit problematic to appreciate it, precisely because of its incorporeality), but with the body everything is more prosaic (or pragmatic): here it is, completely financially, it easily passes into the pole of suffering if it is not properly protected. A functioning block makes suicide impossible precisely because of the need to give up the body, physicality, and the likely algic component associated with dying (pain or other unpleasant sensations accompanying death are a contra-anesthetic component).

The components of the block are provital: the joy and significance of owning a body, a lot of pleasant experiences and sensations related to it (which have been and which will be)¹. Aesthetics and beauty of the body (whole and healthy), the pleasure of taking care of the body, aimed at avoiding troubles (diseases, etc.): the

latter is painful and troublesome, and a healthy body is the source of a lot of positive moments (though often not noticed in normal conditions).

The components of the demarcation block are: the experience of unpleasant sensations during somatic suffering (pinched finger in childhood), in general, a negative attitude towards pain; the aesthetics of the dead² (crushed corpses of animals, the type of decomposition, the corresponding miasma), the fear of severe disability and helplessness, in particular, as a result of non-fatal suicide (gleaned from salon conversations: someone tried to kill himself, but only turned into a severe somatic invalid or an imbecile).

The track of natural formation: innate bodily vitality³, authentic, natural development of physicality and caring attitude towards the body (up to its cult); learning to take care of it (minimally - washing it and brushing your teeth while the body is "under warranty", later expanded maintenance and "repair work"), developing a healthy nosophobic position (cutting fingers and feet with hands) and non-acceptance of pain (tried - did not like it⁴); aestheticization of body beauty. Bottom line: the formation of strategies aimed at eliminating or reducing the likelihood of body problems at any age⁵ (the subjective pattern of health).

The mechanism of decompensation / insufficiency: the collapse of the self-worth of the physical Self against the background of dissatisfaction with it (a complex of bodily inferiority), gender dysphoria, dysmorphic experiences, affective pathology, prolonged bodily pain syndrome. Sometimes reactions to other bodily diseases and injuries that cast doubt on previously existing complexes of invulnerability and faith in a long life (it turns out it's just a can of tea, I was hoping...) or the result of propaganda and popularization of a careless (deliberately lightened), neglectful attitude towards the body and health (only in suffering you will find harmony; as much as the body is allotted, so much it will live, how not to take care of it and do not contrive)⁶.

Patterns of probable decompensation of the block: arguments about the frailty and uselessness of the body (just the outer shell); conscious (unconscious) acceptance of diseases and a negative attitude to their treatment, self-harm, body modification, self-mutilation (self-amputation, etc.); passion for sports and hobbies associated with injuries ("traumatic personality"); conscious infection with deadly infections (HIV), a tendency to physical and sexual masochism; probably shock-toxic forms of abuse of surfactants (alcohol, drugs).

Signs of a high-quality unit: a belief in longevity, taking care of the body (preventive measures, medical examinations, high-quality and traditional treatment), engaging in health-saving activities (frequent physical education, tempering, proper daily routine, sufficient rest); healthy reluctance to pain.

Proposed approaches to diagnosis, therapeutic, corrective and preventive potential: will be outlined in the third part of the message.

The formula for interrupting the suicidal process: fear of the destruction of the body and the cessation of the continuum of physicality, fear of painful (other) sensations during death⁷, the possibility of failure of the attempt with terrible somatic and mental consequences ("becoming an ovum", other forms of severe disability).

Notes and observations:

¹Decreasing with age, but even against the background of chronic diseases that do not disappear at all. With severe somatic diseases (for example, advanced cancer), many people cling to every opportunity for their bodies to breathe, move, and feel their remaining biological vitality.

²We are talking about an average person, without global necrophilic aspirations. Small children curiously examine the corpse of a crushed dog, digging into the intestines of a dead animal, however, the feedback received from adults or peers is (disgusting!) forming a widespread universal position is bad. Proximity to the dead and dying in adulthood (pathologists, funeral home workers) does not significantly increase suicide mortality rates. It is very likely that in this case it is more often not about necrophilia at all, but about escaping from the theme of death through the creation of reactive formations or identification with the aggressor.

³Is unlikely, except for people with serious mental pathology accompanied by an innate tendency to self-destruction.

⁴The average statistical trajectory, without taking into account all possible variants of bodily masochism (which is the reason for a separate study, since the ability to endure pain for a long time is sometimes considered as a predictor of autoaggressive behavior [3]).

⁵Why don't you take care of your body – do you lose it anyway when you die? But accepting this fact often, on the contrary, activates body-saving strategies to maximize the slowdown of aging (which is often seen in older people).

⁶For example, many who have thus gained "harmony", having lost body fragments or a significant part of their health, suddenly (Russian proverb: "having we do not keep, having lost we cry") begin to value them jealously.

⁷A sufficient number of women did not attempt it for these reasons (many clinical observations).

The fear of damage to the body, the loss of the experience of physicality is not the equivalent of escape (disappearing altogether). Many potential suicides who consider complete disappearance as an acceptable solution are unable to commit suicide by transcending the concepts associated with the bodily Self (the pain, the process of bodily death itself, the loss of a miraculously acquired body frighten).

Cancer patients with a "punctured" bodily self often find reasons to live in the "jurisdiction" of other CSU.

The contra-imitation block

Definition: a set of attitudes and strategies associated with the unwillingness (unacceptability) of copying someone else's behavior or way of thinking.

In this context, imitation is not necessarily copying the behavior or thinking styles of specific people (of course, the simplest and most understandable option is to repeat the actions of acquaintances, relatives or public figures: suicide of a father, friend, classmate, example of a suffering young Werther). The fact is that the idea of suicide permeates literally everything around: there are so many suicides (millions or billions in the history of mankind), which means that the degree of acquaintance or kinship is not always important. Unfortunately, such a "collective unconscious" dominates all of humanity: it will get bad, there is a way out, there are so many people who have decided to commit suicide. Imitation in the extended version is a commitment to human history (mentioned above), cultural styles (Japan, etc.), widespread social decisions (did not pay the gambling debt..., his wife changed...), induced decisions (extended suicides of sectarians, death groups on social networks), imitative behavior "for the company" (a friend persuaded them to jump off the roof together), personally¹-provoked tracks (suicides of close relatives, a friend hanged himself) [18], imago-variants (examples of young Werther or poor Lisa impressed).

The components of the block are provital: a healthy desire for individuality and uniqueness (perhaps constructive egoism); the experience of personal sovereignty and the ability to think; pleasure and self-respect from independence (remember the childish: "mom, I'm on my own...!"), the possibility of self-smoothing (what a good person I am).

The components of the block are demarcative: negative experiences of dependence, in particular deceptions, betrayals that form healthy distrust (there are no prophets in my fatherland...); disapproval of suicidal behavior, especially induced (greedy for company): how can I be such a fool or a fool, I would never do that, condemning subordination and lack of my own opinion.

The track of natural formation: the authentic emergence of a model of independent behavior and thinking: "Myself" (unfortunately, often damaged by "loving" parents), the emerging healthy need for separateness and sovereignty; encouragement by the environment of the ability to think for oneself, without succumbing to "sweet talk".

The mechanism of decompensation / insufficiency: "intoxication" by romanticized suicide techniques (literary and film personages), popularization of suicide in literature, the Internet, and social communities (water grinds a stone); excessive number of examples in the environment, suicide of a loved one; sharpening of driven personality traits (as a result of certain shocks, the appearance of a charismatic destructive leader); significant stressful experiences that narrow the repertoire of possible independent decisions.

Patterns of probable decompensation of the block: participation in groups and movements of a totalitarian nature; confusion "about life" with the desire to find a mentor; justification of suicides of others and historical characters; comparison of personal history with tragedies and decisions of future suicides. Perhaps: the pur-

chase of numerous "courses" and personal growth marathons, increased enthusiasm for the services of coaches and other gurus.

The signs of a well-functioning unit are the conviction that decisions should always be thought about, ideas about the harmfulness of blind copying (condemnation of such), experience of rational decisions in critical situations in the past.

Proposed approaches to diagnosis, therapeutic, corrective and preventive potential: will be outlined in the third part of the message.

The formula for interrupting the suicidal process is: I still want to solve the issues that concern me, including managing my own life. Millions of people who have committed suicide have demonstrated the possibility of such a solution, but this is definitely not my way.

Notes and observations:

¹In the sense of repeating the actions of a particular person.

Discussion

The considered CSU are universal in nature; however, it is likely that national and cultural peculiarities can make some adjustments to the priority of blocks, their personal or group significance, which does not devalue the basic principles of the compensatory (minus-) model of suicidogenesis. Some educational and value-forming factors that are atypical for the population in question may influence the representation and performance of the blocks. The significance of specific CSU varies to a certain extent from person to person in the same population (the influence of ante factors).

In the most severe conditions of suicidal challenges, the full-fledged operation of the CSS (its CSU) is able to effectively block the supposed suicidal cascade (which is so likely from the perspective of most positive models): a person can cope with any indelible shame, with exorbitant restrictions and defeats in rights, with inhumane conditions of imprisonment, exile, loss of significant people and plans. With decompensation of CSU, any, even the lightest pro-suicidal effect (not regarded as such) it can become fatal.

One of the features of the proposed model is the absence of a "bet" on the extreme factor that caused suicide. The elderly man got up in the morning in a great mood, knowing that he had lived a wonderful life and this was his last day, had a great time with his loved ones, wrote wills, farewell notes and quietly left... He was simply no longer held in the life of the CSS, there was no starting event in this case. Just as it does not happen in philosophical suicide, in a person who has come to the conclusion that he will not see anything new and outstanding in life anymore.

CSU are created in the process of individual development (atmosphere, acceptance, love), educational and socializing factors (demonstration of effective models, transmission of coping, etc.), traditions of various levels (religiosity, tolerance of suicide, etc.). CSU are not static and exclusively crisis constructs, undergoing significant qualitative and quantitative changes throughout life. changes. In the process of ontogenesis,

the priority (leading) CSU can change. Constant contact with environmental factors and intrapersonal conflicts can both constructively modify CSU and lead to their gradual or acute decompensation.

One way or another, CSU clearly become "contra-suicidal" precisely at the moment of direct contact with a personally significant suicidal factor; in the case of the emergence of conditionally normative anti-sexual experiences, CSU "work out" them in a new mode. In the absence of designated confrontators, the CSU works in the mode of creating a pro-life narrative, meanings and goals of existence, modifying possible crisis responses depending on changing environmental conditions.

The primary insufficiency of some CSU is not uncommon. In some cases, their role is performed by the present and functioning of CSU. The most unpleasant trait is suicide, as a result of contact with a specific (targeted) suicidal factor (and there are not so many of them in life) in the conditions of the primary absence (complete decompensation) of the most congruent cause of CSU. For example, impulsive (abreactive) suicide in conditions of non-developed anti-impulsive strategies and rules in accordance with the CSU.

When you first get acquainted with the proposed model, you often get the wrong idea that it is the suicidal factors that must necessarily fail a certain (certain) specific (specific) CSU (seemingly "on the spur of the moment" as specific as possible to this particular challenge), which results in suicide. In fact, this is not the case: healthy and adequate CBS, ideally, should not "fail" at all, but be able to work out the challenge well (without allowing it to turn into a suicidal act). Usually, CSU decompensation occurs at the "before" stage of the considered pro-impact, which, once on favorable ground, gets the opportunity for further fatal development.

Of course, there are variants when it is the suicidal factor that is the cause of the catastrophic decompensation of the "specific" CSU, which later leads to the progress of the suicidal cascade. For example, the moment when a severe cancer diagnosis is reported, which in a matter of seconds is able to decompress the perfectly functioning contra-disembodied block of the CSS. When the most "specific" CSU is insufficient, the effect of demultiplication (separation) of responsibility for exposure elimination is often observed at the expense of the most developed and individually significant CSU (which should be sought in the process of therapeutic and preventive work). In this regard, I would like to remind you that one remaining CSU, which is super-significant for a particular person, is enough to categorically deter the owner from the possibility of suicide "in monet mode" (for example, due to CSU, a true believer's contra-tolerance).

CSU are quite equivalent in themselves (and are primarily aimed at creating a common pro-life narrative), but each of them has its own favorite range of pro-social challenges.

Acute contact with the pro- factor, temporarily changing a person's cognitive abilities, does not always

allow timely withdrawal of CSU from the background mode of functioning. If a potential suicidal person is given the opportunity to experience (go through) the acute phase of suicidal contact, then a day after breaking up with a girl (without whom, of course, it was categorically impossible to live more than yesterday), CSU joined (revived concepts of "family", "friends", "god", "plans"...), are capable of interrupting a decision that seemed to be the only true and irrevocable one.

In some cases, a person can consciously "negotiate" with the CSU (or a specific CSU in the case of its decisive deterrent effect) – these are various heroic self-murders (to cover an embrasure, to bring others out from under imminent attack, not to repent under investigation, to die from hunger strike as a protest).

It should also be assumed that a person can actively search for conditions and situations that decompress CSU (for example, when implementing a negative life scenario [17]). How likely is the successful work of a destructive leader, which, as a result, turns off and reinterprets previously effective pro-life CSU (escapism is an unconditional path to Heaven, suicide is salvation, which relieves the ballast of a mortal body); the fatal role of toxic parafilosophical reflections on the absurdity of existence (the influence of relevant clubs and online communities) and aestheticization, glorification of suicide (for example, the result of the introduction of manipulations of "Blue Whales").

The significance of different CSU is probably different in different age periods. Until a certain period of childhood, the contra-escape block is still poorly formed (the attitude toward death is not defined: "drowned, drowned", the grandfather from the cemetery will definitely return, he is alive, just in heaven), which creates a certain specificity of childhood suicides (with a possible in some cases setting on reversibility of action). In older people, CSU contra-decomposition (feelings for grandchildren, great-grandchildren, which are an important aspect of crisis psychotherapy), or a sharpened CSU contra-incorporeality (awakened disturbing selfishness), often come to the fore.

CSU are perfectly conceptualized in the customer experience, which allows them to be diagnosed with the implementation of their subsequent correction (enhancing the effectiveness of a particular block and the CSU as a whole), which will be discussed in more detail in the following parts of the message.

Conclusions:

1. The contra-suicidal system, being primarily a provital construct, is a complex mechanism consisting of eight contra-suicidal blocks (contra-escape, contra-tolerance, contra-absurdity, contra-hopelessness, contra-impulsivity, contra-decomposition, contra-incorporeality and contra-imitation).

2. Contra-suicidal blocks are a set of conscious, seemingly logical attitudes, beliefs, cognitive schemas and phobic constructs that permanently (if necessary, in peak mode) smooth out/eliminate the influence of individual and universal suicidal challenges arising in the process of ontogenesis.

3. CSU become distinctly contra-suicidal at the moment of direct contact with a significant suicidal factor; in the case of the presence of conditionally normative anti-suicide experiences, CSU "work out" them in the background. In the absence of suicidal challenges, CSU works in the mode of creating a pro-life narrative, meanings and goals of existence.

4. Contra-suicidal blocks are non-specific to suicidal challenges.

5. The full-fledged operation of the contra-suicidal system is able to effectively block suicidal calls at any level, interrupting the intended suicidal cascade.

6. The initial weakness of contra-suicidal blocks, or their secondary decompensation, makes a person

unarmed before summative (pro-) effects. With decompensation of the contra-suicidal system (contra-suicidal blocks), the most insignificant environmental factor can easily become fatal.

7. Contra-suicidal blocks are easily conceptualized in the client's experience, which allows he/she to evaluate their functionality and be used for therapeutic and preventive purposes.

P.S. The proposed decompensatory (negative) model of suicidal behavior is still open and flexible in terms of possible development, however, significant conceptual changes are probably not expected. We will be glad to receive all suggestions and comments.

Литература / References:

1. Меринов А.В. Декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения. Часть I. Плюс / минус модели суицидогенеза, главный вопрос суицидологии. *Суицидология*. 2025; 16 (3): 3-29. [Merinov AV. The decompensatory (minus) model of suicidal behavior. Part I. Plus / minus models of suicidogenesis, the main issue of suicidology. *Suicidology*. 2025; 16 (3): 3-29.] (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-9-29
2. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: 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)
3. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. Санкт-Петербург: ООО "Издательство" СпецЛит", 2016; 207 с. [Shustov DI. Autoaggression and suicide in alcohol addiction: clinic and psychotherapy. Saint Petersburg: LLC "Publishing House "SpetsLit", 2016. 207 p.] (In Russ)
4. Beck TA, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*. 1985; 142: 559-563.
5. Ефремов В.С. Основы суицидологии. СПб.: Диалект, 2004; 480. [Efremov VS. Fundamentals of suicidology. St. Petersburg: Dialect, 2004; 480.] (In Russ)
6. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито - Центр, 2018. 376 с. [Starshenbaum GV. Suicidology and crisis psychotherapy. M.: Kogito-Center, 2018. 376 p.] (In Russ)
7. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения. *Академический журнал Западной Сибири*. 2010; 3: 35-37. [Zotov PB. Issues of identification of clinical forms and classification of suicidal behavior. *Academic Journal of West Siberia*. 2010; 3: 35-37.] (In Russ)
8. Фрейд З. Тотем и табу. М.: Азбука, 2023; 320. [Freud S. Totem and taboo. M.: Azbuka, 2023; 320.] (In Russ)
9. Jung CG. Psychology and Alchemy. Collected Works of Jung C.G., Volume 12. Bollinger Series XX, Princeton, 1968; 624.
10. Хайдеггер М. Бытие и время. Пер. с нем. В.В. Библихина. Х.: «Фолио», 2003; 503. [Heidegger M. Being and Time. Per. s nem. V.V. Bibihina. H.: «Folio», 2003; 503.] (In Russ)
11. Достоевский Ф.М. Бесы. М.: АСТ, 2021; 768. [Dostoevsky F.M. Besy. M.: AST, 2021; 768.] (In Russ)
12. Меринов А.В., Зотов П.Б., Шишкова И.М. Религиозно-церковные возможности профилактики аутоагрессивного поведения: взгляд суицидолога. *Суицидология*. 2021; 12 (4): 3-15. [Merinov AV, Zotov PB, Shishkova IM. Religious and ecclesiastical possibilities of auto-aggressive behavior prevention: a suicidologist's view. *Suicidology*. 2021; 12 (4): 3-15.] (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.20-12-04(45)-3-15
13. Camus A. Le Mythe de Sisyphe. Éditions Gallimard, 1942; 189.
14. Sartre J.-P. La Nausée. Éditions Gallimard, 1938; 253.
15. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. Класс, 2015; 576. [Yalom I. Existential psychotherapy. Klass, 2015; 576.] (In Russ)
16. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. М. Прогресс, 1990; 368. [Frankl V. A man in search of meaning: A collection: Translated from English and German. M. Progress, 1990; 368.] (In Russ)
17. Stewart I., Joines V. TA Today. A new introduction to Transactional Analysis. Nottingham and Chapel Hill: Lifespace Publ., 1987; 390.

Information about the author:

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

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

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

Статья поступила / Article received: 11.10.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 23.11.2025.

Для цитирования: Меринов А.В. Декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения. Часть II. Контр-суицидальная система, контр-суицидальные блоки. *Суицидология*. 2025; 16 (4): 27-55. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-27-55

For citation: Merinov A.V. The decompensatory (minus) model of suicidal behavior. Part II. Counter-suicidal system. Counter-suicidal blocks. *Suicidology*. 2025; 16 (4): 27-55. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-27-55

ДЛИНА ТЕЛОМЕР КАК МАРКЕР СКЛОННОСТИ К СОВЕРШЕНИЮ СУИЦИДА

В.А. Козлов^{1,2}, А.В. Голенков^{1,2}, Е.С. Деомидов¹

¹ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Россия

²ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей», г. Чебоксары, Россия

TELOMERE LENGTH AS A SUICIDE PROBABILITY MARKER

V.A. Kozlov^{1,2}, A.V. Golenkov^{1,2},
E.S. Deomidov¹

¹I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
²Postgraduate Doctors' Training Institute, Cheboksary, Russia

Сведения об авторах:

Козлов Вадим Авенирович – доктор биологических наук, кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 1915-5416; ResearcherID: I-5709-2014; ORCID iD: 0000-0001-7488-1240; Scopus Author ID: 56712299500). Место работы и должность: профессор кафедры медицинской биологии с курсом микробиологии и вирусологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 45; ведущий научный сотрудник ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашской Республики. Адрес: Россия, г. Чебоксары, ул. Михаила Сеспеля, 27. Телефон: +7 (903) 379-56-44, электронный адрес: rooh12@yandex.ru

Голенков Андрей Васильевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7936-1466; ResearcherID: C4806-2019; ORCID iD: 0000-0002-3799-0736; Scopus Author ID: 36096702300). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 45. Телефон: +7 (905) 197-35-25, электронная почта: golenkovav@inbox.ru

Деомидов Евгений Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент (SPIN-код: 9811-9509; Researcher ID: AAL-4537-2020; ORCID iD: 0000-0001-8107-3671). Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова». Адрес: Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 45. Телефон: +7 (927) 845-99-97, электронный адрес: neurokaf@yandex.ru

Укорочение теломер оказалось не только маркером клеточного старения, но и ряда патологических процессов и заболеваний, в том числе суицидального поведения и риска совершения завершённого суицида. *Цель работы* – обобщение сведений об ассоциации длины теломер и активности теломеразы с психическими нарушениями и склонностью к совершению суицида. *Методы*. Осуществлён целенаправленный поиск в базе PubMed полнотекстовых публикаций по сочетанию ключевых слов telomere length suicide, telomeres suicide, lithium telomeres suicide, depression telomeres suicide, schizophrenia telomeres suicide. *Результаты*. В результате анализа 65 полнотекстовых публикаций собраны убедительные доказательства наличия генетических различий между больными с шизофренией, большим депрессивным расстройством, биполярным расстройством, эпилепсией и психически здоровыми лицами не склонными к совершению суицидов и людьми из тех же клинических групп с суицидальным поведением, в том числе, закончившимся завершённым суицидом. Следует заметить, что значительное укорочение теломер, вызванное снижением активности каталитического компонента теломеразной обратной транскриптазы (hTERT) и/или ее РНК-компонентом (TERC), приводит к нарушению митохондриального дыхания с уменьшением выработки АТФ, активации зависимых от митохондрий процессов воспаления и патологически ускоренному апоптозу. Это единственный маркер, отличающий лиц с нарушениями психики со склонностью к совершению суицида от психически больных без суицидальных наклонностей, у которых теломеры имеют длину, сопоставимую со здоровыми лицами, либо укорочены незначительно. Наиболее эффективно длительное лечение Li⁺ и в меньшей степени другими антипсихотическими препаратами, предупреждающими укорочение теломер. Приём Li⁺ даже частично восстанавливает длину теломер, в том числе у здоровых людей с возрастным укорочением теломер. *Заключение*. У психически больных и здоровых людей, склонных к совершению суицида, теломеры статистически значимо короче, чем у не склонных к суициду здоровых людей и пациентов с психическими заболеваниями. Врождённое и приобретённое укорочение длины теломер может использоваться как ранний маркер потенциальной склонности к совершению самоубийства для формирования целевых групп с целью профилактики суицидов и доклинического выявления лиц с потенциальным риском развития нарушений психики. Длительный приём Li⁺ предупреждает

укорочение теломер и уменьшает риск совершения суицида, восстанавливая сниженную теломеразную активность до значений, близких к физиологическим.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицид, теломеры, теломераза, профилактика самоубийств

Обнаружение мультифакторного наследования суицидального поведения (СП) и риска совершения самоубийства, ассоциированного с множественными полиморфными аллелями значительной группы генов, привело к идее, что раннее выявление носительства таких аллелей можно использовать для организации цифрового реестра потенциальных суицидентов с последующей организацией целевой профилактики суицидов [1]. В свою очередь это становится задачей обнаружения генных и геномных маркеров, однозначно ассоциируемых с СП и высоким риском совершения самоубийства. Основным требованием к подобным маркерам медицинской патологии является возможность проведения скрининговых исследований. Из чего следует, что маркер должен иметь высокую предиктивность, а его использование должно быть относительно дешёвым и простым. Одним из таких потенциальных маркеров может быть исследование длины теломер лейкоцитов периферической крови, основанное на подсчёте числа tandemных повторов TTAGGG, образующих теломеры, с помощью количественной полимеразной цепной реакции (кПЦР) в реальном масштабе времени.

Ассоциация укорочения длины теломер с увеличением риска совершения суицида впервые была описана V. Birkenæs и соавт. в 2001 г. [2], исследовавших длину теломер лейкоцитов у 248 пациентов с аффективными расстройствами, включая биполярные расстройства (БР) I типа (n=159), II типа (n=67), большое депрессивное расстройство (БДР, n=22), в сравнении с 401 здоровыми лицами контрольной группы. Диагноз, длительность заболевания и возраст начала авторы оценивали с помощью структурного клинического интервью для DSM-IV (SCID-I). Количество попыток суицида в течение жизни определяли на основе самоотчётов пациентов. В результате проведённого исследования было установлено, что теломеры у пациентов с аффективными расстройствами укорочены по сравнению со здоровыми людьми (p=0,02). Чем более у пациентов были укорочены теломеры, тем больше в их анамнезе было количество попыток суицида (p<0,001), в том числе с учётом возраста начала заболевания (p=0,001). Многократные парасуициды были связаны с сокращением длины теломер, сопо-

ставимым с восьмилетней продолжительностью жизни, с поправкой на демографические и клинические характеристики [2]. Результат исследования V. Birkenæs и соавт. в 2001 г. кажется тем более парадоксальным, что теломеры, собственно, ничего не кодируют и не являются регуляторными элементами, связаны с почти 200 защитными белками, блокирующими возможность образования кольцевых хромосом и транслокацию хромосом, а также обеспечивающими защиту теломер от систем репарации, уничтожающих tandemные повторы. Поэтому данное исследование послужило отправной точкой для более подробного изучения ассоциации длины теломер и их структуры с СП и частотой суицидов.

Цель исследования – ретроспективный анализ известных сведений о структурных изменениях теломер с риском суицида и развитием аффективных психических нарушений.

Материал и методы

Осуществлён целенаправленный поиск в базе PubMed полнотекстовых публикаций по сочетанию ключевых слов telomere length suicide, telomeres suicide, lithium telomeres suicide, depression telomeres suicide, schizophrenia telomeres suicide. Для анализа использовали как полнотекстовые статьи, в которых были опубликованы материалы об исследовании случаев суицида у лиц без аффективных расстройств в анамнезе, так и пациентах с депрессией и шизофренией, совершавшие суициды, а также результат метаанализов по теме. Всего проанализировано статей 124, для анализа и цитирования отобрано 65 полнотекстовых публикаций.

Обзор результатов литературного анализа

Краткие базовые сведения о теломерах. Теломеры – это некодирующие нуклеопротеиновые структуры, маркирующие и защищающие естественные концы линейных эукариотических хромосом от слипания и отличающие их от обычных случайных разрывов ДНК. Теломеры человека состоят из тысяч tandemных повторов последовательности 5'-TTAGGG-3', их длина обычно составляет от 10 до 15 пар килобаз [3]. Тем не менее, длина теломер непостоянна и может варьировать в широких пределах [4]. При каждом делении клетки теломеры уко-

рачиваются на 50–200 пар оснований [5]. Образование чрезвычайно коротких, дисфункциональных теломер, приводит к потере их защитного функционала и сопровождается нарушением клеточной пролиферации, преобладанию процессов апоптоза и старению [6].

Препятствует укорочению теломер субмолекулярный комплекс с обратной транскриптазной активностью, получивший название теломеразы, который образован каталитическим компонентом теломеразной обратной транскриптазы (hTERT), РНК-компонентом (TERC) и несколькими видоспецифичными белками помощниками [7], такими как: дискерин (DKC1), ядерный белок семейства А, член 2 (NHP2), ядерный белок семейства А, член 3 (NOP10), понтин / рептин, ТСАВ1 и ядерный белок семейства А, член 1 (GAR1), участвующими в сборке, транспортировке, рекрутировании и поддержании стабильности теломер [8]. Таким образом, теломераза это рибонуклеопротеин с субъединицей РНК *TERC* и ферментативной субъединицей обратной транскриптазы TERT, удлинение теломер теломеразой осуществляется со стороны 3-конца [8]. В отличие от TERT, экспрессия которого очень низка в большинстве клеток взрослых людей, субъединица *TERC* экспрессируется в большинстве нормальных клеток человека. Поэтому было предположено, что *TERC* может иметь функции, не связанные с удлинением теломер [9], такие как ингибирование апоптоза в иммунных клетках, защиту нейронов от окислительного стресса и усиление клеточных воспалительных реакций [10, 11, 12].

Теломераза, тем не менее, восстанавливает длину теломер не полностью и со временем их длина всё равно уменьшается [13, 14]. К настоящему времени установлено 16 генов, ассоциированных с патологией теломер. Наследование может быть аутосомно-доминантным, аутосомно-рецессивным или сцепленным с X-хромосомой рецессивным [15]. Спектр заболеваний, связанных с полиморфизмами этих генов, широк (патология кожи, зубов, лёгких, красного костного мозга, онкопатология) и не всегда это связано с укорочением теломер. В частности, TERC регулирует гены LIN37 (регулятор генов клеточного цикла), TPRG1L (опухолевой белок, регулируемый p63, подобный белку 1), TYROBP (белок, связывающий тирозинкиназу) и USP16 (убиквитин-специфическая протеаза 16) демонстрируют стимуляцию акти-

вации пути НК-кВ (транскрипционный ядерный фактор кВ, контролирующий большую группу генов, ассоциированных с процессами воспаления, пролиферации клеток и апоптоза). Механистически TERC связывается с промоторной областью этих генов, образуя РНК-ДНК-триплексы, что усиливает их транскрипцию. *In vivo* экспрессия TERC и его геномишеней (TYROBP, TPRG1L, USP16) увеличивается у пациентов с заболеваниями, связанными с воспалением, такими как диабет II типа и рассеянный склероз [12].

Исходя из перечисленного выше следует, что субъединицы теломеразы, контролируют широкий спектр физиологических функций и патологических реакций, наибольший интерес среди которых для суицидологов представляет связь с воспалением, поскольку имеются достаточно убедительные основания предполагать, что СП реализуется как нарушение высший функций головного мозга, индуцированное вялотекущим хроническим нейровоспалением [16].

Длина теломер и нарушения психики. У 137 больных с БДР и 118 здоровых добровольцев после коррекции с учётом потенциальных сопутствующих факторов ($p=0,79$) длина теломер была статистически значимо отрицательно связана с возрастом ($\beta=-0,007, p<0,001$). Кроме того, логарифм концентрации фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α) был достоверно отрицательно связан с длиной теломер ($p=0,009$) как у пациентов с БД ($p=0,02$), так и у ГК ($p=0,05$) [17]. Авторы сделали вывод, что укорочение длины теломер может быть связано с уровнем воспалительных цитокинов у пациентов с БР, который хорошо соотносится с разделяемой нами и рядом других авторов гипотезой о связи СП с хроническим вялотекущим нейровоспалением [16]. Прочитанная публикация хорошо соотносится с результатами другого исследования, в котором у 36 пациентов с БДР I типа, 39 их братьев и сестёр и 44 здоровых человек контрольной группы были сравнены сывороточные концентрации нейротрофического фактора мозга (БДНФ), интерлейкина-6 (IL-6), интерлейкина-10 (IL-10), ФНО- α , хемокина СС-мотив 11 (CCL11), хемокина СС-мотив 24 (CCL24) и 3-нитротирозина, а также активность глутатионпероксидазы, глутатионредуктазы и глутатион-S-трансферазы с длиной теломер, измеренной с помощью кПЦР. Авторы сообщили, что по сравнению со здоровыми людьми

контрольной группы теломеры оказались короче и у больных, и у их здоровых братьев и сестёр ($p=0,041$). Но, по сравнению лицами контрольной группы у больных было обнаружено увеличение концентраций IL-6 ($p=0,005$) и IL-610 ($p=0,002$), а также IL-6 ($p=0,014$) и CCL24 ($p=0,016$) по сравнению с их братьями и сёстрами. Концентрации CCL11 были повышены у братьев и сестёр по сравнению с лицами контрольной группой ($p=0,015$), и аналогичная тенденция была обнаружена у больных БДР по сравнению с контрольной группой ($p=0,045$). Активность глутатионпероксидазы была снижена у больных БДР по сравнению как с лицами контрольной группой ($p=0,006$), так и братьями и сёстрами ($p=0,025$). Статистически значимое укорочение длины теломер ($p<0,001$) по сравнению со здоровыми добровольцами ($n=95$) найдено и у пациентов с биполярным расстройством (БР, $n=85$). Длина теломер не зависела от подтипа БР [18].

Связь воспаления с длиной теломер и наличием психического расстройства (ПР) была также изучена в когортном исследовании, в которое вошли 40 пациентов с БР, 41 с шизофренией, 37 с БДР и 36 здоровых лиц контрольной когорты, по сравнению с которой теломеры оказались укорочены у больных шизофренией и БДР, тогда как у больных с БР теломеры были длиннее. На длину теломер не было никакого влияния различных классов психотропных препаратов, но длительность лечения стабилизаторами настроения была умеренно связана с более длинными теломерами ($r=0,451$; $p=0,001$). Концентрации С-реактивного белка плазмы (СРБ) были выше у больных шизофренией по сравнению со здоровыми лицами ($p=0,027$) и отрицательно слабо коррелировали с длиной теломер во всей выборке ($r=-0,180$; $p=0,042$). По сравнению с группой контроля, у пациентов с терапевтически резистентной шизофренией длина теломер была более короткая ($p=0,001$), тогда как у пациентов с БДР наблюдались более высокие концентрации ФНО α по сравнению с контрольной группой ($p=0,028$). Сопутствующие кардиометаболические заболевания не влияли на статистическую значимость найденных различий длины теломер, СРБ и ФНО α между исследуемыми когортами. Авторы постулировали вывод, что у пациентов с тяжёлыми ПР наблюдается снижение длины теломер и активировано воспаление [19]. В другом исследовании была выявлена связь че-

тырёх основных факторов, часто встречающихся у пациентов с БДР: воспаление / окислительный стресс, нарушение регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, метаболический дисбаланс, включая резистентность к инсулину, и снижение уровня нейротрофического фактора головного мозга, – которые регулярно выявляются у пациентов с БДР и связаны укорочением теломер [20].

В полногеномном ассоциативном исследовании (GWAS) на выборке из 472174 человек европейского происхождения, были обобщены полученные из UK Biobank данные о длине теломер лейкоцитов при БР (7647 случаев и 27303 контрольных) с помощью метода Менделевской рандомизации (вариант обратного взвешивания дисперсий), анализ чувствительности – методы МР-Эггера, максимального правдоподобия, МР-плейотропии с выбросами суммы остатков и МР-робастной скорректированной оценки профиля, подтверждение предполагаемой связи между воздействием и исходом – тест МР-Штайгера. В результате проведённого статистического анализа вторы сделали вывод, что укорочение длины теломер является причинным фактором риска развития БР [21].

Тем не менее, не все больные с БР имеют укороченные теломеры, что связано с возрастом. Так при измерении длины теломер у 542 больных с БР (средний возраст 33 года), в результате применения кластерного анализа статистически значимое укорочение теломер более чем в два раза было найдено у пациентов со средним возрастом 51,73 года ($n=138$) и средним возрастом 29,64 лет ($n=265$), но не у молодых пациентов со средним возрастом 29,02 года ($n=139$) [22]. Авторы утверждают, что последние две группы различались индексом массы тела ($25,36\pm 5,12$ и $24,92\pm 5,19$, $p=0,019?$), что вероятно является ошибкой статистического анализа, а также корреляцией длины теломер ($p=0,003$) с наличием SNP в гене POU1 (ген белка защитника теломер, входящего в шелтеринный комплекс).

Наибольшее укорочение теломер у пациентов с БДР ($n=10$) по сравнению со здоровыми лицами ($n=10$) и пациентами с БР ($n=10$) или шизоаффективными расстройствами личности ($n=10$) обнаружено в гиппокампе даже после коррекции по возрасту [23].

Как это следует из ряда метаанализов, укорочение длины теломер наблюдается и при ши-

зофрении, с чем связывают укорочение средней продолжительности жизни больных шизофренией на 14,5 лет [24, 25, 26]. Аналогичный результат получен и при сравнении длины теломер у 301 пациента с шизофренией против 378 здоровых добровольцев [27]. Значимое укорочение длины теломер у больных шизофренией по сравнению со здоровыми лицами определяется в возрастном диапазоне до 50 лет, после которого различий нет [28]. Отсутствие различий длины теломер после 50 лет может быть связано с тем, что у здоровых лиц к этому возрасту произошло возрастное укорочение теломер, тогда как у больных шизофренией, по-видимому, рождающихся с уже укороченными теломерами, длина теломер поддерживается на исходном уровне и дальнейшего значительного укорочения теломер не происходит.

И больные шизофренией [29] и депрессивными расстройствами [30, 31] со значительно укороченными теломерами оказались резистентными к проводимому лекарственному лечению, в отличие от пациентов с нормальной длиной теломер. Примечательно, что у депрессивных больных, находящихся на электросудорожной терапии (ЭСТ), эффективность ЭСТ от длины теломер не зависела, хотя теломеры лимфоцитов у них и были значительно укорочены, по сравнению с лицами из группы сравнения [31, 32]. В частности, это является косвенным свидетельством того, что антидепрессивный эффект ЭСТ не связан с опосредованным влиянием на медиаторные системы мозга.

Тем не менее, метаанализ 22 исследований, в которых изучалась ассоциация длины теломер с шизофренией, выявила значительную неоднородность этих работ. На основании обнаружения факта неоднородности исследований и несмотря на то, что во всех 22 исследованиях с дизайном случай-контроль были найдены укороченные теломеры у больных шизофренией по сравнению со здоровым контролем, авторы метаанализа считают результаты этих исследований ошибкой статистического анализа и напоминают, что «шизофрения – это гетерогенное заболевание с несколькими подтипами» и отрицают различия длины теломер у больных шизофренией по сравнению со здоровыми лицами [33]. Кроме того, например, у 53 больных шизофренией по сравнению с их 31 здоровыми родственниками и 59 неродственными здоровыми добровольцами было

обнаружено статистически значимое снижение активности теломеразы, хотя и различия активности этого фермента значительно различались между больными [34].

Следует заметить, что результатом одного из Хельсинских когортных исследований, в котором изучалась зависимость длины теломер от наличия и лечения ПР, было обнаружено, что: «...у пациентов, госпитализированных по поводу каких-либо ПР или расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, теломеры были длиннее, чем у не госпитализированных участников контрольной группы ($p < 0,042$). Более того, только у пациентов с любыми ПР, принимавших психотропные препараты, теломеры были длиннее, чем у не госпитализированных участников контрольной группы ($p = 0,02$)» [35].

При метаанализе 19 статей, отобранных из 2133 публикаций, было выяснено, что длина теломер была короче и у 2003 пациентов с шизофренией ($SMD = 0,35$, ДИ 95% 0,11-0,60, $p = 0,0001$), и у 5427 больных с БР ($SMD = 0,18$, ДИ 95% -0,04-0,39, $p = 0,0001$), чем у 225883 здоровых лиц контрольной группы. Лечение литием ($SMD = 0,37$, ДИ 95% 0,04-0,69, $p = 0,0001$) или антипсихотическими препаратами ($SMD = 0,20$, ДИ 95% 0,02-0,38, $p = 0,0001$) в когортах из разных исследований не влияло на длину теломер [36].

Интересно, что у 48 больных с мезиальной височной эпилепсией (эпилептический очаг локализован в гиппокампе), резистентной к фармакотерапии, также наблюдалось значимое укорочение теломер по сравнению с 41 здоровым человеком контрольной группы [37]. Этот факт позволяет сделать обобщение – независимо от клинического варианта ПР укорочение теломер сопровождается резистентностью к фармакотерапии. В аналогичном по дизайну исследовании влияния вальпроевой кислоты и ламотриджина на длину теломер лейкоцитов у 64 больных эпилепсией по сравнению с 64 здоровыми добровольцами (сопоставимые по возрасту 18-79 лет, 31 мужчина и 33 женщины в каждой группе) было обнаружено нарастающее укорочение теломер в ряду вальпроевая кислота > ламотриджин > вальпроевая кислота + ламотриджин. Также у больных эпилепсией по сравнению со здоровыми лицами было снижено число копий митохондриальной ДНК (mtDNAcn), но без связи с проводимой фармакотерапией [38].

Тем не менее, при анализе с помощью Менделевской рандомизации объединённой статистики полногеномных ассоциативных исследований (GWAS) длины теломер и эпилепсии не было получено статистически значимого доказательства укорочения длины теломер у больных с эпилепсией. Однако, авторы этого исследования сообщили, что не смогли проанализировать данные подгрупп, поскольку они использовали данные сводной статистики, а не исходные [39]. Соответственно вывод из их исследования может быть ошибочным, поскольку, как известно, результат статистического исследования зависит от группировок. По-видимому, связь длины теломер с развитием эпилепсии до настоящего времени практически не изучалась, поскольку кроме процитированных публикаций с свободным доступе нам удалось найти только препринт ещё одной статьи, авторы которой также применили сочетание результатов GWAS и изучения длины теломер у больных эпилепсией

Предполагается, что связанное с возрастном ускоренное укорочение длины теломер и старение клеток связаны с различными хроническими заболеваниями, включая ПР. Считается, что у пациентов с ПР укорочение теломер является следствием пережитой аллостатической нагрузки на системы организма, обусловленной длительным воздействием тяжёлых заболеваний или хронических стрессов, вследствие истощения способности к адаптации. Большинство исследований длины теломер в психиатрии проведены у пациентов с БДР. Тем не менее, укорочение теломер лейкоцитов выявлено и у пациентов с БР [40]. В подтверждение этого наблюдения можно привести результат исследования 579 пациентов с БР, сравненных с 551 человек контрольной группы. У больных с БР длина теломер была значительно короче, чем у лиц контрольной группы. Более того, у лиц с БР наблюдалась зависимость длины теломер от длительности течения заболевания – у пациентов с БР на поздней стадии теломеры были значительно короче, чем у пациентов с БР на ранней стадии. Авторы сделали вывод, что полученные ими результаты подтверждают гипотезу об ускоренном старении у пациентов с БР [41]. Длина теломер, возможно, является наследуемым фактором. Так, при исследовании длины теломер и соотношения однокопийных генов (соотношение T/S) измеренные с помощью кПЦР в выборке из 143 род-

ственников из 22 семей, из которых 60 человек страдали БР, длина теломер оказалась связана с суицидальными мыслями ($p=0,02$). Расчётная наследуемость длины теломер в этих семьях составила 0,68. Ковариаты, связанные с тяжестью заболевания, были ассоциированы с более короткими теломерами у пациентов с БР. Различий длины теломер между пациентами с БР и здоровыми родственниками не наблюдалось. Авторы этого исследования пришли к выводу, что субфенотипы, связанные со стрессом, возможно, ускоряют процесс старения клеток и коррелируют с тяжестью заболевания и суицидальными мыслями [42].

Ассоциация длины теломер с суицидами у лиц без клинически явных нарушений психики. К настоящему времени есть достаточно большое количество исследований, в которых обнаружена ассоциация длины теломер с риском гибели от самоубийства. Например, в посмертных образцах 528 субъектов с завершённым суицидом без тяжёлых соматических заболеваний (508 периферической крови; 20 образцов мозга) и 560 образцов, взятых у контрольных субъектов (периферическая кровь 535 здоровых людей; 25 посмертных образцов мозга) длина теломер и mtDNAcp были проанализированы с помощью кПЦР. В результате исследования были обнаружены зависящие от пола / возраста различия суицидентов с лицами контрольной группы – у женщин и молодых самоубийц найдено укорочение теломер лимфоцитов, у мужчин и пожилых самоубийц обнаружено более высокое количество mtDNAcp в периферической крови. По сравнению с контрольной группой, у лиц с завершённым суицидом в посмертной префронтальной коре, наблюдались более короткая общая длина теломер и более низкое количество mtDNAcp [43]. При сравнении длины теломер у 71 субъекта с завершённым суицидом и 117 здоровых лиц контрольной группы длина теломер была значительно короче у погибших от самоубийства. Более того, длина теломер была связана со значительным снижением риска завершённого суицида у лиц в возрасте 29 лет и младше (OR=0,11, ДИ 95% 0,03–0,37, $p<0,001$) и 30–49 лет (OR=0,54, ДИ 95% 0,34–0,84, $p=0,006$) [44]. Нам не удалось найти в свободном доступе других исследований, в которых длина теломер изучалась бы как маркер СП у психически здоровых лиц.

Ассоциация длины теломер с суицидами у лиц с нарушениями психики. Обсуждая меха-

низмы генетического контроля СП, мы неоднократно утверждали, что любая группа больных с ПР, равно как и здоровые лица, находящиеся в одинаковых географических, биогеохимических, политических, социальных, материальных и конфессиональных условиях, может быть подразделена на лиц не склонных к совершению самоубийства и лиц, совершающих парасуициды и/или суицид [45]. То есть, между эти группами должны быть явные геномные отличия. Похоже, что одним из таких отличий является длина теломер. Например, коллективом авторов из Российской Федерации впервые выявлено, что 47 больных шизофренией с СП, отличались от 47 больных шизофренией без аутодеструктивных состояний и 47 добровольцев группы здорового контроля укорочением теломер и уменьшением количества копий митохондриальной ДНК (мтДНК) в лейкоцитах периферической крови. Количество теломерных повторов у пациентов с шизофренией и суицидальными попытками составило $225 \pm 28,4$ пкг/мкг ДНК (ДИ 95% 190-250), с шизофренией без попыток суицида – 243 ± 21 (ДИ 95% 228-260), здоровые лица контрольной группы – $255 \pm 17,9$ пкг/мкг ДНК (ДИ 95% 242-266)], $p < 0,001$ в тесте попарного сравнения. Аналогичная тенденция наблюдалась и для числа копий мтДНК: $257 \pm 101,5$ (ДИ 95% 194-297), $262,3 \pm 59,3$ (ДИ 95% 217-312), $272 \pm 79,9$ (ДИ 95% 213-304) соответственно, но без существенных различий [46]. Авторы заявляют, что феномен укорочения теломер у больных шизофренией с суицидальным риском ими обнаружен первыми.

У подростков с БДР в возрасте 16-19 лет со склонностью к совершению самоубийства (19 пациентов – попытки суицида и суицидальные мысли в анамнезе), 14 пациентов с БДР без склонности к совершению суицида и 20 здоровых подростков контрольной группы длина теломер была значительно ниже, а мтДНАсп было значительно выше в группе общего БДР, чем в группе СК. Длина теломер была значительно меньше, а мтДНАсп было значительно больше, чем в контрольной группе СК. В группах с большим депрессивным расстройством длина теломер отрицательно коррелировала с тяжестью как депрессии, так и тревожности, в то время как мтДНАсп положительно коррелировало с тяжестью перенесенного эмоционального насилия. Авторы сделали вывод, что клеточное старение более выражено у подростков

с депрессией и суицидальными мыслями, и что эмоциональное насилие в детстве может быть частью этого процесса [47].

При суицидальных наклонностях наблюдается сниженная экспрессия гена $TINF2^1$, являющегося ключевым компонентом шелтеринового комплекса, что может приводить к укорочению теломер [48]. Интенсивность экспрессии $TINF2$ предсказывала высокий уровень суицидальной активности у женщин в когорте независимого тестирования (AUC^2 72%, $p=0,005$) с использованием продольного анализа. Он также предсказывала будущие госпитализации с СП у женщин в течение первого года (AUC 67%, $p=0,03$) и умеренно предсказывала госпитализации у всех женщин в последующие годы ($OR=1,2$, $p=0,005$) [49], снижение памяти и галлюцинации [50], что указывает на нейрпатологический компонент, связанный с укорочением теломер.

Литий и длина теломер. В свете изложенного выше возникает вопрос – влияет ли антидепрессивная терапия на длину теломер? Антидепрессанты действительно профилактируют укорочение теломер [51]. Но, видимо более выраженный эффект наблюдается у солей лития. Согласно данным метаанализа литературы за период с апреля 1968 г. по август 2014 г. в базе данных PubMed, длительное лечение Li снижает число попыток самоубийства примерно на 10%, а число смертей от самоубийства – примерно на 20% [52]. Кроме того, у больных, длительно лечившихся литием, как правило, теломеры на 35% длиннее, чем у не получавших лечение, и по длине сопоставимы со здоровыми людьми [51, 53]. Этот же эффект лития был выявлен и в ряде других исследований. Ретроспективное исследование (дизайном случай-контроль и случай-случай) длины теломер методом кПЦР у 256 пациентов с БР 1 или 2 типа, в процессе амбулаторного лечения литием позволило установить, что пациенты с БР, получавшие как монотерапию литием, так и литий в комплексной терапии, имели на 35% более длинные теломеры по сравнению со 139 здоровыми лицами контрольной группы ($p < 0,0005$). Длина теломер положительно коррелировала с продолжительностью лечения литием более 30 месяцев ($p=0,03$) и была отрицательно связана с увеличением числа депрес-

¹Ассоциирован с TERF1-взаимодействующим ядерным фактором 2 (Фактор связывания теломерного повтора 1).

²Площадь под кривой ROC.

сивных эпизодов ($p < 0,007$). Пациенты с БР, хорошо ответившие на лечение литием, имели более длинные теломеры, чем те, у кого эффект был незначительный. Авторы сделали вывод, что литий оказывает защитное действие против укорочения теломер и предположили, что литий увеличивает активность теломеразы [51].

Пациенты с БР (45 человек), получавшие лечение литием в анамнезе, имели более длинные теломеры по сравнению с пациентами с БР (86 человек), никогда не получавшими лечение ($p = 0,015$), и аналогичную длину теломер по сравнению с контрольной группой (336). У пациентов, никогда не получавших лечение литием по сравнению с контрольной группой теломеры были укорочены ($p=0,029$) [53]. Некоторые авторы БР прямо называют болезнью ускоренного старения, а соли лития, используемые при маниакальной фазе – омолаживающими (антивозрастными) средствами [54]. Это мнение связано с тем, что продолжительность жизни пациентов с БР на 8,5-9 лет меньше, чем средняя продолжительность жизни здоровых лиц [55].

Литий регулирует активность теломеразы и функции митохондрий. Увеличение длины теломер в результате приема лития было подтверждено в эксперименте на крысах линии Flinders Sensitive Line, используемой как модель депрессивного расстройства и Flinders Resistant Line, используемой как парная модель сравнения [56]. У крыс линии Flinders Sensitive Line, по сравнению с контрольными крысами Flinders Resistant Line, в нейронах гиппокампа длина теломер была короче, экспрессия TERT и концентрация нейротрофического фактора головного мозга (BDNF), активность теломеразы были понижены. Лечение литием в течение 42 дней крыс Flinders Sensitive Line нормализовало экспрессию Tert и активность теломеразы и увеличило количество β -катенина¹, но не влияло на экспрессию BDNF [57].

Увеличение длины теломер может происходить единственным способом – вследствие увеличения активности теломеразы, что было впервые установлено в другом исследовании на выборке из 200 пациентов с БР, длительно лечившихся литием, в котором для сравнения способов измерения длина теломер исследовалась двумя различными методами: 1) кПЦР, и

2) количественной флуоресцентной гибридизации *in situ* (Q-FISH). Было установлено, что длина отрицательно коррелировал с возрастом ($p=0,0002$) и не зависела от пола, диагноза, возраста начала СП, количества эпизодов ухудшения настроения, ответа на литий и использования других психотропных препаратов. После коррекции на возраст длина теломер положительно коррелировала с продолжительностью лечения литием у пациентов, получавших лечение более двух лет ($p=0,037$), как при использовании кПЦР, так и Q-FISH ($p=0,012$). Лечение литием увеличивало экспрессию теломеразы (TERT) в клетках-предшественниках нейронов, хотя этот эффект не был статистически значимым [59].

В когортах преимущественно здоровых взрослых людей обнаружен SNP гена TERT rs2736100, связанный с укорочением длины теломер [60]. При исследовании внеклеточной ДНК слюны у людей с депрессией из лонгитюдной шведской когорты взрослых (PART) в возрасте 55 лет и младше, возраст был обратно связан с длиной теломер в контрольной группе ($r = -0,11$, $p=0,031$). Кроме того, полиморфизм rs2736100 был генотипирован у 436 пациентов с БДР, 1590 человек из контрольной группы и 368 пациентов с БР I типа. Авторы считают, что минорный аллель rs2736100 связан с депрессией у лиц, не переживших невзгоды в детстве, и с количеством депрессивных эпизодов у пациентов с БР I типа, хорошо реагирующих на литий [61].

Длина теломер, экспрессия TERT и генотипирование трёх однонуклеотидных полиморфизмов (SNP), ассоциированных с длиной теломер: 1) rs7726159, SNP в гене TERT, кодирующем обратную транскриптазу теломеразы; 2) rs1317082, SNP вблизи гена TERC², кодирующего матрицу РНК теломеразы, и 3) rs2487999, SNP вблизи гена OBF1³, участвующего в комплексе CST, регуляторе теломеразы были изучены у 100 пациентов с БР I и 100 здоровых лиц контрольной группы. Экспрессия TERT была значительно повышена у пациентов с БР I, получавших лечение литием и сильно положительно коррелировала с продолжительностью лечения литием у пациентов, лечившихся в течение 24 месяцев или более. Тем не

²РНК компонент теломеразы.

³Белок 1, содержащий OB-фолд (OBF1), человеческий гомолог дрожжевого белка Stn1, ассоциируется с TRP1 (трипептидил пептидаза I) и участвует в регуляции длины теломер.

¹ β -Катенин – белок, участвующий в клеточной адгезии и регуляции экспрессии генов. У человека кодируется геном CTNNB1 [58].

менее, значимого влияния лечения литием на длину теломер авторы не обнаружили, в связи с чем предположили, что положительный эффект длительного лечения литием связан с индуцированным литием увеличением экспрессии TERT. В свою очередь, увеличение образования TERT улучшает функцию митохондрий и снижает окислительный стресс [62].

Интересно, что каталитическая субъединица теломеразы TERT кроме эффекта в виде удлинения теломер, выполняет ряд дополнительных функций в клеточном ядре и других субклеточных структурах, таких как цитоплазма и митохондрии. В частности, TERT перемещается из клеточного ядра в митохондрии при увеличении клеточного окислительного стресса выше физиологического уровня. Локализованная в митохондриях TERT связывается с митохондриальной ДНК, увеличивает мембранный потенциал митохондрий и взаимодействует с митохондриальными тРНК, улучшает функцию митохондрий, подавляет генерацию активных форм кислорода и потому снижает окислительный стресс, оптимизирует кислородное дыхание, как следствие, уменьшает повреждение митохондриальной и ядерной ДНК и предотвращает апоптоз [63]. Эти неканонические функции TERT могут иметь ключевое значение для энергетического метаболизма мозга, а в конечном итоге – регуляции мышления и формирования поведения.

При определении экспрессии TERT и длины теломер у 100 пациентов с БР I и 100 здоровых лиц контрольной группы, экспрессия TERT была значительно повышена у пациентов с БР I получавших лечение литием и сильно положительно коррелировала с длительностью лечения у пациентов, получавших терапию литием в течение 24 месяцев или более. Тем не менее, в отличие от других исследований не было обнаружено влияния лития на длину теломер. Авторы предположили, что длительное лечение литием связано с повышением экспрессии TERT, которое в свою очередь способствует стабилизации настроения и нейропротекторным свойствам лития за счёт улучшения функции митохондрий и снижения окислительного стресса [62]. Эффект увеличения экспрессии теломеразы и длины теломер в отчет на лечение БР литием зависим от длительности лечения. Так при лечении пациентов с БР литием в течение шести недель активность теломеразы лейкоцитов отрицательно коррелировала с клиническим эффектом, а изменения длины теломер, соот-

ветственно, не было зарегистрировано [64]. В частности, это может быть реальным объяснением необходимости длительного лечения литием и антидепрессантами для получения стойкого клинического эффекта.

Как оказалось, литий увеличивает как активность комплексов I, II и III цепи переноса электронов в посмертной фронтальной коре лиц с БДР [65], так и комплекса I в периферических лейкоцитах [66]. Литий ингибирует гликогенсинтазу киназы 3 бета и инозитолмонофосфатазу, что увеличивает продукцию нейротрофического фактора мозга, антиапоптотических белков и блокирует кальций-индуцированный апоптоз. Ещё одним возможным механизмом нейропротекторного действия лития является регуляция аутофагии. Кроме того, приём лития уменьшает накопление таких патологических белков как фосфорилированный тау и β -амилоид. Предполагается, что литий увеличивает длину теломер индуцируя активность теломеразы, возможно путем активации гена TERT [62].

Отражением апоптоза и избыточного разрушения митохондрий является увеличение концентрации свободной внеклеточной ДНК в плазме крови, которое, как правило, связано либо с индуцированным апоптозом, вызванными различными хроническим воспалительными процессами, либо онкопатологией, либо/и вирусной или бактериальной инфекцией [67]. Так у 50 больных с БДР по сравнению с 55 здоровыми лицами было обнаружено значительное увеличение количества внеклеточной митохондриальной ДНК в крови ($p=0,00002$), тогда как число копий митохондриальной ДНК не различалось [68].

Между митохондриями, теломерами и субъединицами теломеразы существует тесная связь. Дисфункции митохондрий вызывают укорочение теломер, а повреждение теломер приводит к перепрограммированию митохондриального биосинтеза и митохондриальным дисфункциям, что имеет важные последствия для старения и развития заболеваний [69].

Увеличение количества свободных радикалов в результате повреждения митохондрий приводит к повреждению и укорочения теломер, что активирует экспрессию TERT, которая в комплексе с TERC восстанавливает длину теломер. Но при гиперэкспрессии TERT образуется и повышенное количество TERC, которая повреждает митохондрии и вызывает комплекс воспалительных реакций.

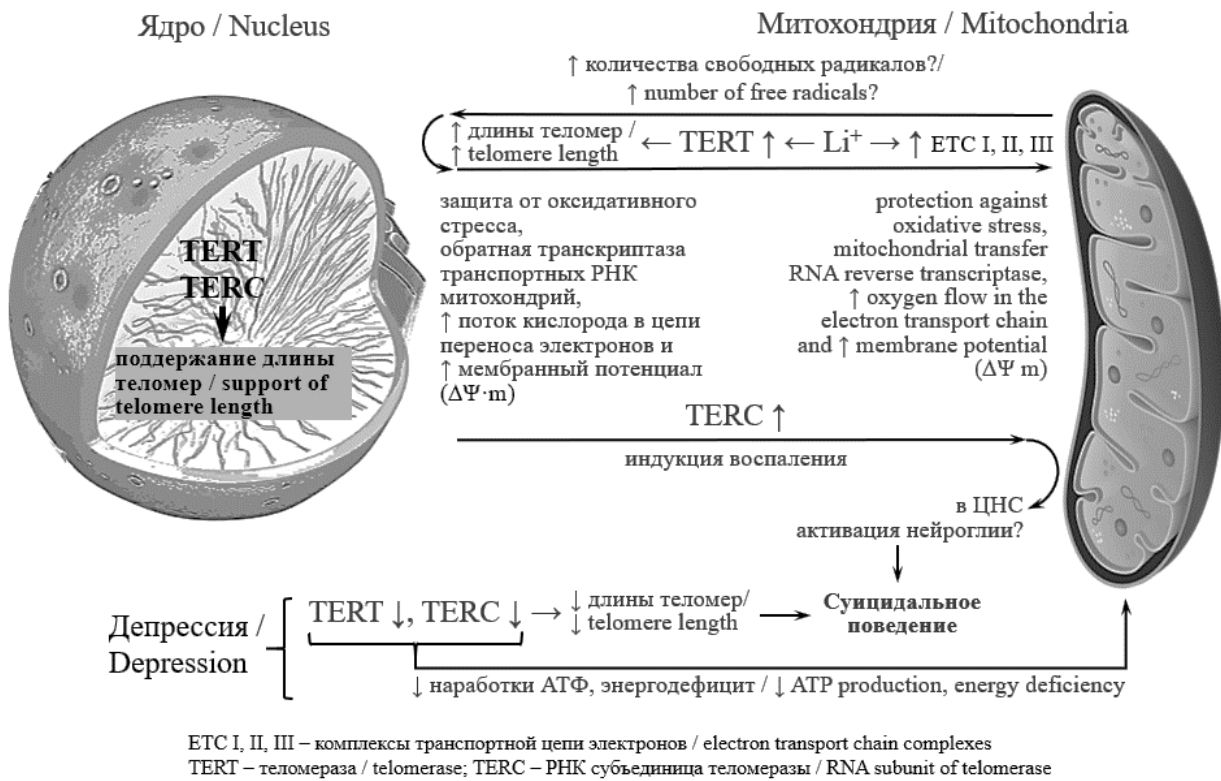


Рис. / Fig. 1. Возможные взаимоотношения между клеточным ядром, митохондриями и влияние Li⁺ на митохондриальный статус / Possible relationships between the cell nucleus, mitochondria and the effect of Li⁺ on mitochondrial status.

В центральной нервной системе это может приводить к активации нейроглии и запуском вялотекущего хронического бессимптомного воспаления, течение которого нарушает базовые функции головного мозга с развитием аддиктивного поведения, которое в конечном итоге приводит к СП и суициду.

Заключение

Ранее Э. Дюркгеймом [70] было высказано разделяемое нами предположение, что у каждого суицидента существует свой возраст дожития до совершения суицида, что определяет различия частот суицидов в возрастных когортах [71]. Связь величины риска совершения самоубийства с укорочением теломер, длина которых может значительно различаться еще при рождении, и предположительная связь возрастного укорочения теломер с продолжительностью жизни хорошо подтверждает это предположение. Более того, это в свою очередь позволяет сформулировать ещё одно предположение – поскольку длина теломер, вероятно, всё-таки как-то связана с процессами старения и запуска процесса возрастной смерти, который, несмотря на кажущуюся очевидность одномоментности, развёрнут во времени, то значительное укорочение теломер до длины, когда

должна произойти возрастная смерть у практически здорового организма без значительных возрастных изменений органов, может быть реализована только через суицид. С этой точки зрения суицид является одним из биомеханизмов умирания, когда оно не может быть осуществлено по естественным причинам.

Таким образом, длина теломер маркер, а не причина суицида, поскольку повреждение, вероятно, связано с нарушением митохондриального дыхания, опосредованно зависимо от активности теломеразы. Но маркер – хорошо наблюдаемый средствами современной диагностики (кПЦР и Q-FISH). На момент создания нашей публикации стоимость определения длины теломер в зависимости от географии лаборатории колеблется в пределах от 7600 руб. (анализ венозной крови, срок выполнения 8 суток, *Helix Express*, Санкт-Петербург) до 10285 руб. (анализ венозной крови, «ИНВИТРО», Москва). Поэтому возможен скрининговый контроль длины теломер у населения, особенно с депрессивными расстройствами, с целью своевременного выявления потенциальных суицидентов и проведения в созданных целевых группах профилактической работы по предупреждению суицидов.

TELOMERE LENGTH AS A SUICIDE PROBABILITY MARKER

V.A. Kozlov^{1,2}, A.V. Golenkov^{1,2},
E.S. Deomidov¹

¹I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary, Russia
²Postgraduate Doctors' Training Institute, Cheboksary, Russia

Abstract:

Telomere shortening has been shown to be a marker not only of cellular aging but also of a number of pathological processes and diseases, including suicidal behavior and the risk of completed suicide. *The aim of this study* was to summarize the association between telomere length and telomerase activity with mental disorders and suicidal tendencies. *Methods.* A targeted search of full-text publications in the PubMed database was carried out using the keyword combination: telomere length suicide, telomeres suicide, lithium telomeres suicide, depression telomeres suicide, schizophrenia telomeres. *Results.* An analysis of 65 full-text publications yielded compelling evidence of genetic differences between patients with schizophrenia, major depressive disorder, bipolar disorder, epilepsy, and mentally healthy individuals not prone to suicide, and individuals from the same clinical groups with suicidal behavior, including those resulting in completed suicide. It should be noted that significant telomere shortening caused by decreased activity of the catalytic component of *telomerase* reverse transcriptase (hTERT) and/or its RNA component (TERC) leads to impaired mitochondrial respiration with reduced ATP production, activation of mitochondria-dependent inflammatory processes, and pathologically accelerated apoptosis. This is the only marker that distinguishes individuals with mental disorders and suicidal tendencies from mentally ill individuals without suicidal tendencies, whose telomeres are comparable in length to those of healthy individuals or are slightly shortened. Long-term treatment with Li⁺ and, to a lesser extent, other antipsychotic drugs that prevent telomere shortening is most effective. Li⁺ even partially restores telomere length, including in healthy individuals with age-related telomere shortening. *Conclusion.* Telomeres in mentally ill individuals and healthy individuals prone to suicide are statistically significantly shorter than those in healthy individuals who are not prone to suicide and in patients with mental illness. Congenital and acquired telomere shortening can be used as an early marker of potential suicidal tendencies for the formation of target groups for suicide prevention and preclinical identification of individuals at potential risk for developing mental disorders. Long-term intake of Li⁺ prevents telomere shortening and reduces the risk of suicide by restoring reduced telomerase activity to values close to physiological ones.

Keywords: suicidal behavior, suicide, telomeres, telomerase, suicide prevention

The discovery of multifactorial inheritance of suicidal behavior (SB) and the risk of suicide associated with multiple polymorphic alleles of a significant group of genes has led to the idea that early detection of the carriage of such alleles can be used to organize a digital registry of potential suicide attempters with subsequent targeted suicide prevention [1]. This, in turn, raises the challenge of identifying genetic and genomic markers that are clearly associated with SB and a high risk of suicide. The main requirement for such markers of medical pathology is the possibility of conducting screening studies. It follows that the marker should have high predictivity, and its use should be relatively cheap and simple. One such potential marker could be a study of the telomere length of peripheral blood leukocytes, based on counting the number of tandem TTAGGG repeats that form telomeres, using quantitative polymerase chain reaction (qPCR) in real time.

The association of telomere shortening with an increased risk of suicide was first described by V. Birkenæs et al. in 2001 [2], who examined the telomere length of leukocytes in 248 patients with affective disorders, including bipolar disorder (BD) type I (n=159), type II (n=67), major depressive disorder (MDD, n=22), in comparison with 401 healthy control individuals. The authors assessed diagnosis, duration of the disease and age of onset using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). The number of suicide attempts during life was determined on the basis of self-reports by patients. The study found that telomeres in patients with affective disorders are shortened compared to healthy individuals (p=0.02). The more shortened telo-

meres were in patients, the greater the number of suicide attempts in their anamnesis (p< 0.001), including taking into account the age of onset of the disease (p=0.001). Multiple parasuicides were associated with a reduction in telomere length comparable to an eight-year life expectancy, adjusted for demographic and clinical characteristics [2]. The result of the study by V. Birkenæs et al. in 2001 seems even more paradoxical because telomeres, in fact, do not encode anything and are not regulatory elements, are associated with almost 200 protective proteins that block the possibility of forming ring chromosomes and chromosome translocation, and also provide protection of telomeres from repair systems that destroy tandem repeats. Therefore, this study served as a starting point for a more detailed study of the association of telomere length and their structure with SB and the frequency of suicides.

The aim of the study is a retrospective analysis of known data on structural changes in telomeres with the risk of suicide and the development of affective mental disorders.

Material and methods

A targeted search of full-text publications in the PubMed database was carried out using the keyword combination telomere length suicide, telomeres suicide, lithium telomeres suicide, depression telomeres suicide, schizophrenia telomeres suicide. The analysis utilized both full-text articles that published materials on studies of suicide cases in individuals without a history of affective disorders and in patients with depression and schizophrenia who had committed suicide, as well as the results of meta-analyses on the topic. A total of 124

articles were analyzed, of which 65 full-text publications were selected for analysis and citation.

Review of the results of literary analysis

A brief overview of telomeres. Telomeres are noncoding nucleoprotein structures that mark and protect the natural ends of linear eukaryotic chromosomes from sticking together and distinguish them from normal random DNA breaks. Human telomeres consist of thousands of tandem repeats of the sequence 5'-TTAGGG-3', typically 10 to 15 kilobase pairs in length [3]. However, telomere length is not constant and can vary widely [4]. With each cell division, telomeres shorten by 50–200 base pairs [5]. The formation of extremely short, dysfunctional telomeres leads to the loss of their protective functionality and is accompanied by impaired cell proliferation, the predominance of apoptotic processes, and aging [6].

Telomere shortening is prevented by a submolecular complex with reverse transcriptase activity, called telomerase, which is formed by the catalytic component of telomerase reverse transcriptase (hTERT), an RNA component (TERC) and several species-specific helper proteins [7], such as dyskerin (DKC-1), nuclear protein family A member 2 (NHP-2), nuclear protein family A member 3 (NOP-10), pontin/reptin, TCAB-1 and nuclear protein family A member 1 (GAR-1), which are involved in the assembly, transport, recruitment and maintenance of telomere stability [8]. Thus, telomerase is a ribonucleoprotein with an RNA subunit *TERC* and the enzymatic subunit of reverse transcriptase TERT, in which telomere lengthening by telomerase is carried out from the 3-end [8]. Unlike TERT, the expression of which is very low in most cells of adult humans, the subunit *TERC* is expressed in most normal human cells. Therefore, it has been suggested that *TERC* may have functions unrelated to telomere elongation [9], such as inhibition of apoptosis in immune cells, protection of neurons from oxidative stress, and enhancement of cellular inflammatory responses [10, 11, 12].

Telomerase, however, does not completely restore telomere length and their length still decreases over time [13, 14]. To date, 16 genes associated with telomere pathology have been identified. Inheritance can be autosomal dominant, autosomal recessive or X-linked recessive [15]. The spectrum of diseases associated with polymorphisms of these genes is wide (pathology of the skin, teeth, lungs, red bone marrow, oncopathology) and this is not always associated with telomere shortening. In particular, *TERC* regulates the genes *LIN37* (regulator of cell cycle genes), *TPRG1L* (tumor protein, p63-regulated protein-like protein 1), *TYROBP* (tyrosine kinase binding protein) and *USP16* (ubiquitin-specific protease 16) demonstrate stimulation of NK- κ B (nuclear transcription factor κ B, which controls a large group of genes associated with inflammation, cell proliferation and apoptosis processes) pathway activation. Mechanistically, *TERC* binds to the promoter region of these genes, forming RNA-DNA triplexes, which enhances their transcription. *In vivo*, the expression of *TERC* and its target genes (*TYROBP*, *TPRG1L*, *USP16*) is increased in patients with inflammation-related diseases, such as type II diabetes and multiple sclerosis [12].

Based on the above, it follows that telomerase subunits control a wide range of physiological functions and pathological reactions, of which the greatest interest for suicidologists is the connection with inflammation, since there are sufficiently convincing grounds to assume that SB is realized as a violation of higher functions of the brain, induced by sluggish chronic neuroinflammation [16].

Telomere length and mental disorders. In 137 patients with MDD and 118 healthy volunteers, after adjustment for potential confounders ($p=0.79$), telomere length was significantly negatively associated with age ($\beta=-0.007$, $p<0.001$). Furthermore, the logarithm of tumor necrosis factor-alpha (TNF- α) concentration was significantly negatively associated with telomere length ($p=0.009$) in both patients with DD ($p=0.02$) and GC ($p=0.05$) [17]. The authors concluded that telomere shortening may be associated with the level of inflammatory cytokines in patients with BD, which is consistent with our and other authors' hypothesis about the association of BD with chronic low-grade neuroinflammation [16]. The cited publication correlates well with the results of another study in which serum concentrations of brain-derived neurotrophic factor (BDNF), interleukin-6 (IL-6), interleukin-10 (IL-10), TNF- α , CC-motif chemokine 11 (CCL11), CC-motif chemokine 24 (CCL24), and 3-nitrotyrosine, as well as the activities of glutathione peroxidase, glutathione reductase, and glutathione S-transferase, were compared with telomere length measured by qPCR in 36 patients with MDD type 1, 39 of their siblings, and 44 healthy controls. The authors reported that, compared with healthy controls, telomeres were shorter in both patients and their healthy siblings ($p=0.041$). However, compared with controls, patients had increased concentrations of IL-6 ($p=0.005$) and IL-610 ($p=0.002$), as well as IL-6 ($p=0.014$) and CCL24 ($p=0.016$) compared with their siblings. CCL11 concentrations were elevated in siblings compared to controls ($p=0.015$), and a similar trend was found in patients with MDD compared to controls ($p=0.045$). Glutathione peroxidase activity was reduced in patients with MDD compared to both controls ($p=0.006$) and siblings ($p=0.025$). A statistically significant shortening of telomere length ($p<0.001$) compared to healthy volunteers ($n=95$) was also found in patients with bipolar disorder (BD, $n=85$). Telomere length did not depend on the BD subtype [18].

The association of inflammation with telomere length and the presence of a mental disorder (MD) was also examined in a cohort study including 40 patients with BD, 41 with schizophrenia, 37 with MDD, and 36 healthy controls. Telomeres were shortened in patients with schizophrenia and MDD, while telomeres were longer in patients with BD. Telomere length was not affected by different classes of psychotropic medications, but the duration of treatment with mood stabilizers was moderately associated with longer telomeres ($r=0.451$; $p=0.001$). Plasma C-reactive protein (CRP) concentrations were higher in patients with schizophrenia compared with healthy controls ($p=0.027$) and were weakly negatively correlated with telomere length in the entire sample ($r=-0.180$; $p=0.042$). Compared with the

control group, patients with treatment-resistant schizophrenia had shorter telomere length ($p=0.001$), whereas patients with MDD had higher TNF α concentrations compared with the control group ($p=0.028$). Comorbid cardiometabolic diseases did not affect the statistical significance of the found differences in telomere length, CRP and TNF α between the studied cohorts. The authors postulated the conclusion that patients with severe MD have reduced telomere length and activated inflammation [19]. Another study found an association between four main factors commonly found in patients with MDD: inflammation/oxidative stress, hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation, metabolic imbalances including insulin resistance, and decreased brain-derived neurotrophic factor levels, which are regularly detected in patients with MDD and are associated with telomere shortening [20].

In a genome-wide association study (GWAS) on a sample of 472,174 individuals of European descent, data on leukocyte telomere length in BD (7,647 cases and 27,303 controls) obtained from the UK Biobank were summarized using the Mendelian randomization method (inverse variance weighting variant), sensitivity analysis – the MR-Egger method, maximum likelihood, MR-pleiotropy with residual sum outliers and MR-robust adjusted profile estimation methods, confirmation of the putative association between exposure and outcome – the MR-Steiger test. As a result of the statistical analysis, the authors concluded that shortened telomere length is a causal risk factor for the development of BD [21].

However, not all patients with BD have shortened telomeres, which is associated with age. Thus, when measuring telomere length in 542 patients with BD (mean age 33 years), as a result of applying cluster analysis, a statistically significant shortening of telomeres by more than two times was found in patients with a mean age of 51.73 years ($n=138$) and a mean age of 29.64 years ($n=265$), but not in young patients with a mean age of 29.02 years ($n=139$) [22]. The authors claim that the latter two groups differed in body mass index (25.36 ± 5.12 and 24.92 ± 5.19 , $p=0.019?$), which is probably an error in the statistical analysis, as well as a correlation of telomere length ($p=0.003$) with the presence of SNP in the POT 1 gene (the gene for the telomere protector protein, which is part of the shelterin complex).

The greatest telomere shortening in patients with MDD ($n=10$) compared with healthy individuals ($n=10$) and patients with BD ($n=10$) or schizoaffective personality disorders ($n=10$) was found in the hippocampus even after age adjustment [23].

As follows from a number of meta-analyses, shortening of telomere length is also observed in schizophrenia, which is associated with a shortening of the average life expectancy of patients with schizophrenia by 14.5 years [24, 25, 26]. A similar result was obtained when comparing telomere length in 301 patients with schizophrenia versus 378 healthy volunteers [27]. A significant shortening of telomere length in patients with schizophrenia compared to healthy individuals is determined in the age range up to 50 years, after which there are no differences [28]. The absence of differences in telomere length after 50 years may be due to the fact

that in healthy individuals, age-related shortening of telomeres has occurred by this age, whereas in patients with schizophrenia, apparently born with already shortened telomeres, telomere length is maintained at the initial level and further significant shortening of telomeres does not occur.

Both schizophrenia [29] and depressive disorder [30, 31] patients with significantly shortened telomeres were resistant to drug treatment, unlike patients with normal telomere length. It is noteworthy that in depressive patients undergoing electroconvulsive therapy (ECT), the effectiveness of ECT did not depend on telomere length, although their lymphocyte telomeres were significantly shortened compared to individuals in the comparison group [31, 32]. In particular, this is indirect evidence that the antidepressant effect of ECT is not associated with an indirect effect on the brain's mediator systems.

However, a meta-analysis of 22 studies that examined the association of telomere length with schizophrenia revealed significant heterogeneity in these studies. Based on the discovery of heterogeneity across studies and despite the fact that all 22 case-control studies found shortened telomeres in patients with schizophrenia compared to healthy controls, the authors of the meta-analysis consider the results of these studies to be a statistical error and remind that “schizophrenia is a heterogeneous disease with several subtypes” and deny differences in telomere length in patients with schizophrenia compared to healthy individuals [33]. In addition, for example, a statistically significant decrease in telomerase activity was found in 53 patients with schizophrenia compared to their 31 healthy relatives and 59 unrelated healthy volunteers, although the differences in the activity of this enzyme varied significantly between patients [34].

It should be noted that the results of one of the Helsinki cohort studies, which examined the relationship between telomere length and the presence and treatment of MD, found that: “...in patients hospitalized for any MD or substance use disorders, telomeres were longer than in non-hospitalized control participants ($p<0.042$). Moreover, only in patients with any MD who were taking psychotropic medications, telomeres were longer than in non-hospitalized control participants ($p=0.02$)” [35].

In a meta-analysis of 19 articles selected from 2133 publications, it was found that telomere length was shorter in 2003 patients with schizophrenia (SMD=0.35, 95% CI 0.11–0.60, $p=0.0001$) and 5427 patients with BD (SMD=0.18, 95% CI -0.04–0.39, $p=0.0001$) than in 225883 healthy controls. Treatment with lithium (SMD=0.37, 95% CI 0.04–0.69, $p=0.0001$) or antipsychotic drugs (SMD=0.20, 95% CI 0.02–0.38, $p=0.0001$) did not affect telomere length in cohorts from different studies [36].

Interestingly, 48 patients with mesial temporal lobe epilepsy (the epileptic focus is localized in the hippocampus) resistant to drug therapy also showed significant telomere shortening compared to 41 healthy individuals in the control group [37]. This fact allows us to generalize: regardless of the clinical variant of MD, telomere

shortening is accompanied by resistance to drug therapy. In a similarly designed study of the effect of valproic acid and lamotrigine on the telomere length of leukocytes in 64 patients with epilepsy compared to 64 healthy volunteers (matched for age 18-79 years, 31 men and 33 women in each group), an increasing shortening of telomeres was found in the series valproic acid > lamotrigine > valproic acid + lamotrigine. Also, in patients with epilepsy, compared to healthy individuals, the number of copies of mitochondrial DNA (mtDNAcn) was reduced, but without any connection with the drug therapy [38].

However, when analyzing the pooled statistics of genome-wide association studies (GWAS) of telomere length and epilepsy using Mendelian randomization, no statistically significant evidence of shorter telomeres was found in patients with epilepsy. However, the authors of this study reported that they were unable to analyze the subgroup data because they used pooled statistics rather than raw data [39]. Accordingly, the conclusion of their study may be erroneous, since the result of a statistical study is known to depend on the groupings. Apparently, the association of telomere length with the development of epilepsy has not been studied much to date, since in addition to the cited publicly available publications, we were only able to find a preprint of one other article, the authors of which also used a combination of GWAS results and a study of telomere length in patients with epilepsy

Age-related accelerated shortening of telomeres and cellular senescence are believed to be associated with various chronic diseases, including MD. In patients with MD, telomere shortening is believed to be a consequence of the experienced allostatic load on the body's systems caused by long-term exposure to severe diseases or chronic stress, due to the depletion of the adaptive capacity. Most studies of telomere length in psychiatry have been conducted in patients with MDD. However, shortening of leukocyte telomeres has also been detected in patients with BD [40]. This observation is supported by the results of a study of 579 patients with BD compared with 551 controls. In patients with BD, telomere length was significantly shorter than in controls. Moreover, in individuals with BD, a dependence of telomere length on the duration of the disease was observed: in patients with late-stage BD, telomeres were significantly shorter than in patients with early-stage BD. The authors concluded that their results support the hypothesis of accelerated aging in patients with BD [41]. Telomere length may be a heritable factor. Thus, in a study of telomere length and the ratio of single-copy genes (T/S ratio) measured using qPCR in a sample of 143 relatives from 22 families, of which 60 people suffered from BD, telomere length was associated with suicidal ideation ($p = 0.02$). The estimated heritability of telomere length in these families was 0.68. Covariates associated with disease severity were associated with shorter telomeres in patients with BD. No differences in telomere length were observed between patients with BD and healthy relatives. The authors of this study concluded that stress-related subphenotypes may accelerate the cellular aging process and correlate with disease severity and suicidal ideation [42].

Association of Telomere Length with Suicide in Individuals Without Clinically Obvious Mental Disorders. A significant number of studies have now found an association between telomere length and the risk of death by suicide. For example, telomere length and mtDNAcn were analyzed using qPCR in postmortem samples from 528 individuals who completed suicide without severe somatic diseases (508 peripheral blood; 20 brain samples) and 560 samples taken from control subjects (peripheral blood from 535 healthy individuals; 25 postmortem brain samples). The study revealed sex/age-dependent differences between suicide attempters and controls: women and young suicide attempters were found to have shortened lymphocyte telomeres, while men and older suicides were found to have higher mtDNAcn levels in the peripheral blood. Compared with controls, completed suicide subjects had shorter total telomere length and lower mtDNAcn counts in the postmortem prefrontal cortex [43]. When telomere length was compared in 71 completed suicide subjects and 117 healthy controls, telomere length was significantly shorter in those who died by suicide. Moreover, telomere length was associated with a significantly reduced risk of completed suicide in subjects aged 29 years and younger (OR=0.11, 95% CI 0.03–0.37, $p < 0.001$) and 30–49 years (OR=0.54, 95% CI 0.34–0.84, $p = 0.006$) [44]. We were unable to find other publicly available studies that examined telomere length as a marker of SB in mentally healthy individuals.

Association of Telomere Length with Suicide in Individuals with Mental Disorders. In discussing the mechanisms of genetic control of SB, we have repeatedly argued that any group of patients with mental disorders, as well as healthy individuals in similar geographic, biogeochemical, political, social, material, and religious conditions, can be subdivided into individuals not prone to suicide and individuals who commit parasuicide and/or suicide [45]. That is, there should be clear genomic differences between these groups. It appears that one of these differences is telomere length. For example, a group of authors from the Russian Federation was the first to find that 47 patients with schizophrenia with SB differed from 47 patients with schizophrenia without self-destructive states and 47 healthy control volunteers in having shortened telomeres and a reduced number of mitochondrial DNA (mtDNA) copies in peripheral blood leukocytes. The number of telomeric repeats in patients with schizophrenia and suicide attempts was 225 ± 28.4 pg / μ g DNA (CI 95% 190-250), with schizophrenia without suicide attempts – 243 ± 21 (CI 95% 228-260), healthy individuals in the control group – 255 ± 17.9 pg / μ g DNA (CI 95% 242-266), $p < 0.001$ in the pairwise comparison test. A similar trend was observed for the number of mtDNA copies: 257 ± 101.5 (CI 95% 194-297), 262.3 ± 59.3 (CI 95% 217-312), 272 ± 79.9 (CI 95% 213-304), respectively, but without significant differences [46]. The authors state that they were the first to discover the phenomenon of telomere shortening in patients with schizophrenia and suicidal risk.

In adolescents with MDD aged 16–19 with suicidal tendencies (19 patients with a history of suicide attempts and suicidal ideation), 14 patients with MDD

without suicidal tendencies, and 20 healthy adolescents in the control group, telomere length was significantly lower and mtDNAcn was significantly higher in the general MDD group than in the control group. Telomere length was significantly shorter and mtDNAcn was significantly higher than in the control group. In the MDD groups, telomere length was negatively correlated with the severity of both depression and anxiety, while mtDNAcn was positively correlated with the severity of emotional abuse. The authors concluded that cellular aging is more pronounced in adolescents with depression and suicidal ideation, and that emotional abuse in childhood may be part of this process [47].

In suicidal tendencies, decreased expression of the TINF2 gene¹, a key component of the shelterin complex, is observed, which may lead to telomere shortening [48]. The intensity of TINF2 expression predicted high levels of suicidal activity in women in an independent testing cohort (AUC ²72%, $p=0.005$) using longitudinal analysis. It also predicted future hospitalizations with SB in women during the first year (AUC 67%, $p=0.03$) and moderately predicted hospitalizations in all women in subsequent years (OR=1.2, $p=0.005$) [49], memory loss and hallucinations [50], suggesting a neuropathological component associated with telomere shortening.

Lithium and Telomere Length. In light of the above, the question arises: does antidepressant therapy affect telomere length? Antidepressants do prevent telomere shortening [51]. However, lithium salts apparently have a more pronounced effect. According to a meta-analysis of the literature for the period from April 1968 to August 2014 in the PubMed database, long-term treatment with Li reduces the number of suicide attempts by approximately 10% and the number of deaths from suicide by approximately 20% [52]. In addition, patients treated with lithium for a long time tend to have telomeres that are 35% longer than those who did not receive treatment and are comparable in length to healthy individuals [51, 53]. The same effect of lithium has been found in a number of other studies. A retrospective study (case-control and case-case design) of telomere length using qPCR in 256 patients with BD types 1 or 2 during outpatient lithium treatment revealed that BD patients receiving both lithium monotherapy and lithium in combination therapy had 35% longer telomeres compared with 139 healthy control individuals ($p<0.0005$). Telomere length was positively correlated with the duration of lithium treatment over 30 months ($p=0.03$) and was negatively associated with an increase in the number of depressive episodes ($p<0.007$). BD patients who responded well to lithium treatment had longer telomeres than those who showed little effect. The authors concluded that lithium exerts a protective effect against telomere shortening and suggested that lithium increases telomerase activity [51].

Patients with BD (45 individuals) who had received lithium treatment in their medical history had

longer telomeres compared to patients with BD (86 individuals) who had never received treatment ($p = 0.015$), and similar telomere length compared to the control group (336). In patients who had never received lithium treatment, telomeres were shortened compared to the control group ($p=0.029$) [53]. Some authors directly call BD a disease of accelerated aging, and lithium salts used during the manic phase - rejuvenating (anti-aging) agents [54]. This opinion is related to the fact that the life expectancy of patients with BD is 8.5-9 years less than the average life expectancy of healthy individuals [55].

Lithium regulates telomerase activity and mitochondrial function. An increase in telomere length as a result of lithium administration was confirmed in an experiment on Flinders rats. Sensitive Line, used as a model of depressive disorder, and Flinders Resistant Line, used as a paired comparison model [56] Flinders rats Sensitive Line, compared with control Flinders rats, telomere length in hippocampal neurons was shorter, TERT expression and concentration of brain-derived neurotrophic factor (BDNF), telomerase activity were reduced. Lithium treatment for 42 days in Flinders rats Sensitive Line normalized Tert expression and telomerase activity and increased β -catenin levels³, but did not affect BDNF expression [57].

The only way that telomere length can increase is through increased telomerase activity, which was first established in another study on a sample of 200 patients with BD who were long-term treated with lithium, in which, to compare the measurement methods, telomere length was examined using two different methods: 1) qPCR, and 2) quantitative fluorescence hybridization in situ (Q-FISH). Telomere length was found to be negatively correlated with age ($p=0.0002$) and was independent of gender, diagnosis, age of onset of PD, number of mood episodes, response to lithium, and use of other psychotropic medications. After adjustment for age, telomere length was positively correlated with duration of lithium treatment in patients treated for more than two years ($p=0.037$), using both qPCR and Q-FISH ($p=0.012$). Lithium treatment increased telomerase (TERT) expression in neuronal progenitor cells, although this effect was not statistically significant [59].

In cohorts of predominantly healthy adults, the TERT gene SNP rs2736100, associated with shortened telomere length, was found [60]. In a study of salivary cell-free DNA in individuals with depression from the Swedish Adult Longitudinal Cohort (PART) aged 55 and younger, age was inversely associated with telomere length in the control group ($r = -0.11$, $p=0.031$). In addition, the rs2736100 polymorphism was genotyped in 436 patients with MDD, 1,590 controls, and 368 patients with BD type 1. The authors suggest that the minor allele of rs2736100 is associated with depression in individuals who did not experience childhood adversity and with the number of depressive episodes in patients with BD type 1 who respond well to lithium [61].

¹Associated with TERF1-interacting nuclear factor 2 (Telomeric repeat binding factor 1).

²Area under the ROC curve.

³ β -Catenin is a protein involved in cell adhesion and regulation of gene expression. In humans, it is encoded by the CTNNB1 gene [58].

Telomere length, TERT expression, and genotyping of three single nucleotide polymorphisms (SNPs) associated with telomere length: 1) rs7726159, an SNP in the *TERT* gene encoding telomerase reverse transcriptase; 2) rs1317082, an SNP near the *TERC* gene¹ encoding the telomerase RNA template; and 3) rs2487999, an SNP near the *OBFC1* gene² involved in the CST complex, a telomerase regulator, were studied in 100 patients with BD I and 100 healthy controls. TERT expression was significantly elevated in patients with BD I treated with lithium and was strongly positively correlated with the duration of lithium treatment in patients treated for 24 months or more. However, the authors did not find a significant effect of lithium treatment on telomere length, leading them to suggest that the beneficial effect of long-term lithium treatment is associated with lithium-induced increases in TERT expression. In turn, increased TERT formation improves mitochondrial function and reduces oxidative stress [62].

Interestingly, the catalytic subunit of telomerase, TERT, in addition to its telomere-lengthening effect, performs a number of additional functions in the cell nucleus and other subcellular structures, such as the cytoplasm and mitochondria. Specifically, TERT translocates from the cell nucleus to the mitochondria when cellular oxidative stress increases above physiological levels. Mitochondrial-localized TERT binds to mitochondrial DNA, increases mitochondrial membrane potential, and interacts with mitochondrial tRNAs, improving mitochondrial function, suppressing the generation of reactive oxygen species and thereby reducing oxidative stress, optimizing oxygen respiration, and consequently reducing damage to mitochondrial and nuclear DNA and preventing apoptosis [63]. These non-canonical functions of TERT may be key to brain energy metabolism and, ultimately, the regulation of thinking and behavior.

When determining TERT expression and telomere length in 100 patients with BD I and 100 healthy controls, TERT expression was significantly elevated in patients with BD I treated with lithium and strongly positively correlated with the duration of treatment in patients receiving lithium therapy for 24 months or more. However, in contrast to other studies, no effect of lithium on telomere length was found. The authors suggested that long-term lithium treatment is associated with increased TERT expression, which in turn contributes to the mood stabilization and neuroprotective properties of lithium by improving mitochondrial function and reducing oxidative stress [62]. The effect of increasing telomerase expression and telomere length in the report on lithium treatment of BD depends on the duration of treatment. Thus, when treating patients with BD with lithium for six weeks, leukocyte telomerase activity negatively correlated with the clinical effect, and accordingly, no changes in telomere length were record-

ed [64]. In particular, this may be a real explanation for the need for long-term treatment with lithium and antidepressants to achieve a lasting clinical effect.

Lithium was found to increase the activity of complexes I, II, and III of the electron transport chain in the postmortem frontal cortex of individuals with MDD [65], as well as complex I in peripheral leukocytes [66]. Lithium inhibits glycogen synthase kinase 3 beta and inositol monophosphatase, which increases the production of brain-derived neurotrophic factor, anti-apoptotic proteins, and blocks calcium-induced apoptosis. Another possible mechanism of lithium's neuroprotective effect is the regulation of autophagy. In addition, lithium administration reduces the accumulation of pathological proteins such as phosphorylated tau and β -amyloid. It is suggested that lithium increases telomere length by inducing telomerase activity, possibly through activation of the TERT gene [62].

A reflection of apoptosis and excessive destruction of mitochondria is an increase in the concentration of free extracellular DNA in the blood plasma, which is usually associated with either induced apoptosis caused by various chronic inflammatory processes, or onco-pathology, or/and viral or bacterial infection [67]. Thus, in 50 patients with MDD, compared with 55 healthy individuals, a significant increase in the amount of extracellular mitochondrial DNA in the blood was found ($p=0.00002$), while the number of mitochondrial DNA copies did not differ [68].

There is a close relationship between mitochondria, telomeres, and telomerase subunits. Mitochondrial dysfunction causes telomere shortening, and telomere damage leads to reprogramming of mitochondrial biosynthesis and mitochondrial dysfunction, which has important implications for aging and disease development [69]. (Fig. 1 – pp. 65).

An increase in free radicals as a result of mitochondrial damage leads to damage and shortening of telomeres, which activates the expression of TERT, which, in combination with TERC, restores telomere length. However, with overexpression TERT is produced and increased levels of TERC are produced, which damage mitochondria and trigger a complex inflammatory response. In the central nervous system, this can lead to neuroglial activation and the initiation of low-grade, chronic, asymptomatic inflammation, which disrupts basic brain function and leads to addictive behavior, ultimately leading to heart failure and suicide.

Conclusion

Previously, E. Durkheim [70] put forward a hypothesis, which we share, that each suicide attempter has their own age at which they come to commit suicide, which determines the differences in the frequency of suicides in age cohorts [71]. The relationship between the risk of committing suicide and the shortening of telomeres, the length of which can vary significantly even at birth, and the supposed relationship between age-related shortening of telomeres and life expectancy well confirm this hypothesis. Moreover, this in turn allows us to formulate another hypothesis: since the length of telomeres is probably somehow connected with the processes of aging and the initiation of the

¹RNA component of telomerase.

²OB – fold- containing protein 1 (OBFC 1), a human homologue of the yeast protein Stn 1, associates with TPP 1 (tripeptidyl peptidase 1) and is involved in the regulation of telomere length.

process of age-related death, which, despite the apparent obviousness of its simultaneity, is unfolded over time, then a significant shortening of telomeres to a length at which age-related death should occur in a practically healthy organism without significant age-related changes in organs, can only be realized through suicide. From this point of view, suicide is one of the biomechanisms of dying when it cannot be carried out for natural reasons.

Thus, telomere length is a marker, not a cause of suicide, as damage is likely related to impaired mitochondrial respiration, which is indirectly dependent on

telomerase activity. However, the marker is easily detectable by modern diagnostic tools (qPCR and Q-FISH). At the time of publication, the cost of telomere length testing, depending on the laboratory's location, ranges from 7,600 rubles. (venous blood test, 8 days, *Helix Express*, St. Petersburg) up to 10,285 rubles (venous blood test, *INVITRO*, Moscow). Therefore, screening of telomere length in the population, particularly those with depressive disorders, is possible for the purpose of timely identification of potential suicide risk factors and conducting suicide prevention activities in established target groups.

Литература / References:

1. Козлов В.А., Зотов П.Б., Голенков А.В. Генетика суицида. Тюмень: Вектор Бук, 2025. 354 с. [Kozlov VA, Zotov PB, Golenkov AV. Genetics of Suicide. Tyumen: Vector Book, 2025. 354 p.] (In Russ)
2. Birkenæs V, Elvsåshagen T, Westlye LT, Høegh MC, Haram M, Werner MCF, Quintana DS, Lunding SH, Martin-Ruiz C, Agartz I, Djurovic S, Steen NE, Andreassen OA, Aas M. Telomeres are shorter and associated with number of suicide attempts in affective disorders. *J Affect Disord.* 2021; 295: 1032-1039. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.135. Epub 2021 Sep 2. PMID: 34706411.
3. Roka K, Solomou EE, Kattamis A. Telomere biology: from disorders to hematological diseases. *Front Oncol.* 2023; 13: 1167848. DOI: 10.3389/fonc.2023.1167848
4. McNally EJ, Luncesford PJ, Armanios M. Long telomeres and cancer risk: the price of cellular immortality. *J Clin Invest.* 2019; 129 (9): 3474-3481. DOI: 10.1172/JCI120851
5. Nogueira BMD, Machado CB, Montenegro RC, DE Moraes MEA, Moreira-Nunes CA. Telomere length and hematological disorders: a review. *In Vivo.* 2020; 34(6): 3093-3101. DOI: 10.21873/invivo.12142
6. Bourgeron T., Xu Z., Doumic M., Teixeira M.T. The asymmetry of telomere replication contributes to replicative senescence heterogeneity. *Sci Rep.* 2015; 5: 15326. DOI: 10.1038/srep15326
7. Laberthonnière C, Magdiner F, Robin JD. Bring it to an end: does telomeres size matter? *Cells.* 2019; 8 (1): 30. DOI: 10.3390/cells8010030. Wyatt HD, West SC, Beattie TL. In-TERTpreting telomerase structure and function. *Nucleic Acids Res.* 2010; 38 (17): 5609-5622. DOI: 10.1093/nar/gkq370
8. Shay JW, Wright WE. Telomeres and telomerase: three decades of progress. *Nat Rev Genet.* 2019; 20 (5): 299-309. DOI: 10.1038/s41576-019-0099-1
9. Feng J, Funk WD, Wang SS, Weinrich SL, Avilion AA, Chiu CP, Adams RR, Chang E, Allsopp RC, Yu J, Le S, West MD, Harley CB, Andrews WH, Greider CW, Villeponteau B. The RNA component of human telomerase. *Science.* 1995; 269 (5228): 1236-1241. DOI: 10.1126/science.7544491
10. Gazzaniga FS, Blackburn EH. An antiapoptotic role for telomerase RNA in human immune cells independent of telomere integrity or telomerase enzymatic activity. *Blood.* 2014; 124 (25): 3675-3684. DOI: 10.1182/blood-2014-06-582254
11. Eitan E, Tamar A, Yossi G, et al. Expression of functional alternative telomerase RNA component gene in mouse brain and in motor neurons cells protects from oxidative stress. *Oncotarget.* 2016; 7 (48): 78297-78309. DOI: 10.18632/oncotarget.13049
12. Liu H, Yang Y, Ge Y, Liu J, Zhao Y. TERC promotes cellular inflammatory response independent of telomerase. *Nucleic Acids Res.* 2019; 47 (15): 8084-8095. DOI: 10.1093/nar/gkz584
13. Allegra A, Innao V, Penna G, Gerace D, Allegra AG, Musolino C. Telomerase and telomere biology in hematological diseases: A new therapeutic target. *Leuk Res.* 2017; 56: 60-74. DOI: 10.1016/j.leukres.2017.02.002
14. Armando RG, Mengual Gomez DL, Maggio J, Sanmartin MC, Gomez DE. Telomeropathies: Etiology, diagnosis, treatment and follow-up. Ethical and legal considerations. *Clin Genet.* 2019; 96 (1): 3-16. DOI: 10.1111/cge.13526
15. Byrjalsen A, Bygum A, Lautrup CK, Frederiksen AL, Fialla AD, Raaschou-Jensen K, Bendstrup E, Madsen TN, Klarskov M, Jørgensen AM. [Telomere biology disorders]. *Ugeskr Laeger.* 2022; 184 (28): V03220220.
16. Козлов В.А., Зотов П.Б., Голенков А.В. Генетика суицида (электронное издание). Москва: изд-во Гэотар-Мед, 2025. 304 с. [Kozlov VA, Zotov PB, Golenkov AV. Genetics of Suicide (electronic edition). Moscow: Geotar-Med Publishing House, 2025. 304 p.] (In Russ)
17. Wang SM, Chang HH, Chang YH, Tsai TY, Chen PS, Lu RB, Wang TY. Shortening of telomere length may be associated with inflammatory cytokine levels in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2024; 365: 155-161. DOI: 10.1016/j.jad.2024.08.084.]
18. Lima IM, Barros A, Rosa DV, Albuquerque M, Malloy-Diniz L, Neves FS, Romano-Silva MA, de Miranda DM. Analysis of telomere attrition in bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2015; 172: 43-47. DOI: 10.1016/j.jad.2014.09.043
19. Squassina A, Manchia M, Pisanu C, Arduo R, Arzedi C, Bocchetta A, Caria P, Cocco C, Congiu D, Cossu E, Dettori T, Frau DV, Garzilli M, Manca E, Meloni A, Montis MA, Mura A, Nieddu M, Noli B, Paribello P, Pinna F, Robledo R, Severino G, Sogos V, Del Zompo M, Ferri GL, Chillotti C, Vanni R, Carpiniello B. Telomere attrition and inflammatory load in severe psychiatric disorders and in response to psychotropic medications. *Neuropsychopharmacology.* 2020; 45 (13): 2229-2238. DOI: 10.1038/s41386-020-00844-z
20. Manoliu A, Bosch OG, Brakowski J, Brühl AB, Seifritz E. The potential impact of biochemical mediators on telomere attrition in major depressive disorder and implications for future study designs: A narrative review. *J Affect Disord.* 2018; 225: 630-646. DOI: 10.1016/j.jad.2017.08.022
21. Lu L, Zeng H, Wan B, Sun M. Leukocyte telomere length and bipolar disorder risk: evidence from Mendelian randomization analysis. *Peer J.* 2023; 11: e15129. DOI: 10.7717/peerj.15129
22. Spano L, Marie-Claire C, Godin O, et al. Fundamental Advanced Centers Of Expertise In Bipolar Disorders (Face-Bd) Collaborators; Bellivier F., Etain B. Decreased telomere length in a subgroup of young individuals with bipolar disorders: replication in the FACE-BD cohort and association with the shelterin component POT1. *Transl Psychiatry.* 2024; 14 (1): 131. DOI: 10.1038/s41398-024-02824-z
23. Mamdani F, Rollins B, Morgan L, Myers RM, Barchas JD, Schatzberg AF, Watson SJ, Akil H, Potkin SG, Bunney WE, Vawter MP, Sequeira PA. Variable telomere length across post-mortem human brain regions and specific reduction in the hippocampus of major depressive disorder. *Transl Psychiatry.* 2015; 5(9): e636. DOI: 10.1038/tp.2015.134
24. Polho GB, De-Paula VJ, Cardillo G, dos Santos B, Kerr DS. Leukocyte telomere length in patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr Res.* 2015; 165 (2-3): 195-200. DOI: 10.1016/j.schres.2015.04.025
25. Rao S, Kota LN, Li Z, Yao Y, Tang J, Mao C, Jain S, Xu Y, Xu Q. Accelerated leukocyte telomere erosion in schizophrenia: Evidence from the present study and a meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2016; 79: 50-56. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.04.010
26. Corfdir C, Pignon B, Szöke A, Schürhoff F. Érosion prématurée des télomères et schizophrénies: synthèse et hypothèses [Accelerated telomere erosion in schizophrenia: A literature review]. *Encephale.* 2021; 47 (4): 369-375. (In French) DOI: 10.1016/j.encep.2020.12.001
27. Ormerod MBEG, Ueland T, Aas M, Hjell G, Rødevand L, Sæther LS, Lunding SH, Johansen IT, Mlakar V, Andreou D, Ueland T, Lagerberg TV, Melle I, Djurovic S, Andreassen OA, Steen NE. Limited evidence of association between dysregulated immune

- marker levels and telomere length in severe mental disorders. *Acta Neuropsychiatr.* 2025; 37: e4. DOI: 10.1017/neu.2024.62
28. Russo P, Prinzi G, Proietti S, Lamonaca P, Frustaci A, Boccia S, Amore R, Lorenzi M, Onder G, Marzetti E, Valdiglesias V, Guadagni F, Valente MG, Cascio GL, Fraietta S, Ducci G, Bonassi S. Shorter telomere length in schizophrenia: Evidence from a real-world population and meta-analysis of most recent literature. *Schizophr Res.* 2018; 202: 37-45. DOI: 10.1016/j.schres.2018.07.015
 29. Yu WY, Chang HW, Lin CH, Cho CL. Short telomeres in patients with chronic schizophrenia who show a poor response to treatment. *J Psychiatry Neurosci.* 2008 May; 33 (3): 244-247. Erratum in: *J Psychiatry Neurosci.* 2008; 33 (4): 343.
 30. Rasgon N, Lin KW, Lin J, Epel E, Blackburn E. Telomere length as a predictor of response to Pioglitazone in patients with unremitted depression: a preliminary study. *Transl Psychiatry.* 2016; 6 (1): e709. DOI: 10.1038/tp.2015.187
 31. Squassina A, Pisanu C, Menesello V, Meloni A, Congiu D, Manchia M, Paribello P, Abate M, Bortolomasi M, Baune BT, Gennarelli M, Minelli A. Leukocyte Telomere Length and Mitochondrial DNA Copy Number in Treatment-Resistant Depression and Response to Electroconvulsive Therapy: A Pilot Longitudinal Study. *J ECT.* 2025; 41 (2): 93-100. DOI: 10.1097/YCT.0000000000001060
 32. Pisanu C, Vitali E, Meloni A, Congiu D, Severino G, Ardaur R, Chillotti C, Trabucchi L, Bortolomasi M, Gennarelli M, Minelli A, Squassina A. Investigating the role of leukocyte telomere length in treatment-resistant depression and in response to electroconvulsive therapy. *J Pers Med.* 2021; 11 (11): 1100. DOI: 10.3390/jpm11111100
 33. Omidpanah N, Darvishi FZ, Saadat M. No alteration in leukocyte telomere length in schizophrenia; evidence from a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2019; 208: 447-448. DOI: 10.1016/j.schres.2019.04.004
 34. Porton B, Delisi LE, Bertisch HC, Ji F, Gordon D, Li P, Benedict MM, Greenberg WM, Kao HT. Telomerase levels in schizophrenia: a preliminary study. *Schizophr Res.* 2008; 106 (2-3): 242-247. DOI: 10.1016/j.schres.2008.08.028
 35. Savolainen K, Rääkkönen K, Kananen L, Kajantie E, Hovatta I, Lahti M, Lahti J, Pesonen AK, Heinonen K, Eriksson JG. History of mental disorders and leukocyte telomere length in late adulthood: the Helsinki Birth Cohort Study (HBCS). *J Psychiatr Res.* 2012; 46 (10): 1346-1353. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.07.005
 36. Sánchez-González JL, Sánchez-Gil A, Vicente-Muñoz E, Navarro-López V, Martín-Vallejo J, Perez J. Pharmacological interventions and telomere length in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2025; 186: 33-49. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2025.04.001
 37. Miranda DM, Rosa DV, Costa BS, Nicolau NF, Magno LAV, de Paula JJ, Romano-Silva MA. Telomere shortening in patients with drug-resistant epilepsy. *Epilepsy Res.* 2020; 166: 106427. DOI: 10.1016/j.eplepsyres.2020.106427
 38. Sánchez-Badajos S, Ortega-Vázquez A, López-López M, Monroy-Jaramillo N. Valproic Acid and Lamotrigine Differentially Modulate the Telomere Length in Epilepsy Patients. *J Clin Med.* 2025; 14 (1): 255. DOI: 10.3390/jcm14010255
 39. Luo X, Ruan Z, Liu L. Causal relationship between telomere length and epilepsy: A bidirectional Mendelian randomization study. *Epilepsia Open.* 2023; 8 (4): 1432-1439. DOI: 10.1002/epi4.12817
 40. Squassina A, Pisanu C, Corbett N, Alda M. Telomere length in bipolar disorder and lithium response. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2017; 27 (6): 560-567. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2015.10.008
 41. Huang YC, Wang LJ, Tseng PT, Hung CF, Lin PY. Leukocyte telomere length in patients with bipolar disorder: An updated meta-analysis and subgroup analysis by mood status. *Psychiatry Res.* 2018; 270: 41-49. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.09.035
 42. Martinez D, Lavebratt C, Millischer V, de Jesus R de Paula V, Pires T, Michelon L, Camilo C, Esteban N, Pereira A, Schalling M, Vallada H. Shorter telomere length and suicidal ideation in familial bipolar disorder. *PLoS One.* 2022; 17 (12): e0275999. DOI: 10.1371/journal.pone.0275999
 43. Otsuka I, Izumi T, Boku S, Kimura A, Zhang Y, Mouri K, Okazaki S, Shiroiwa K, Takahashi M, Ueno Y, Shirakawa O, Sora I, Hishimoto A. Aberrant telomere length and mitochondrial DNA copy number in suicide completers. *Sci Rep.* 2017; 7 (1): 3176. DOI: 10.1038/s41598-017-03599-8
 44. Kim H, Cho SJ, Yoo SH, Kim SH, Ahn YM. Association between telomere length and completed suicide observed in 71 suicide victims – Preliminary findings. *J Psychosom Res.* 2019; 120: 8-11. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2019.02.008
 45. Козлов В.А., Зотов П.Б., Голеньков А.В. Суицид: генетика и патоморфоз. Тюмень: Вектор Бук, 2023. 200 с. [Kozlov VA, Zotov PB, Golenkov AV. Suicide: Genetics and Pathomorphosis. Tyumen: Vector Book, 2023. 200 p.] (In Russ)
 46. Zakharova N, Bravve L, Mamedova G, Kaydan M, Ershova E, Martynov A, Veiko N, Kostyuk S. Telomere Length as a Marker of Suicidal Risk in Schizophrenia. *Consort Psychiatr.* 2022; 3 (2): 37-47. DOI: 10.17816/CP171
 47. Ochi S, Roy B, Prall K, Shelton RC, Dwivedi Y. Strong associations of telomere length and mitochondrial copy number with suicidality and abuse history in adolescent depressed individuals. *Mol Psychiatry.* 2023; 28 (9): 3920-3929. DOI: 10.1038/s41380-023-02263-0
 48. Bhagar J, Gill SS, Le-Niculescu H, Yin C, Roseberry K, Mullen J, Schmitz M, Paul E, Cooke J, Tracy C, Tracy Z, Gettelfinger AS, Battles D, Yard M, Sandusky G, Shekhar A, Kurian SM, Bogdan P, Niculescu AB. Next-generation precision medicine for suicidality prevention. *Transl Psychiatry.* 2024; 14 (1): 362. DOI: 10.1038/s41398-024-03071-y
 49. Le-Niculescu H, Roseberry K, Levey DF, Rogers J, Kosary K, Prabha S, Jones T, Judd S, McCormick MA, Wessel AR, Williams A, Phalen PL, Mamdani F, Sequeira A, Kurian SM, Niculescu AB. Towards precision medicine for stress disorders: diagnostic biomarkers and targeted drugs. *Mol Psychiatry.* 2020; 25 (5): 918-938. DOI: 10.1038/s41380-019-0370-z
 50. Niculescu AB, Le-Niculescu H, Roseberry K, Wang S, Hart J, Kaur A, Robertson H, Jones T, Strasburger A, Williams A, Kurian SM, Lamb B, Shekhar A, Lahiri DK, Saykin AJ. Blood biomarkers for memory: toward early detection of risk for Alzheimer disease, pharmacogenomics, and repurposed drugs. *Mol Psychiatry.* 2020; 25 (8): 1651-1672. DOI: 10.1038/s41380-019-0602-2
 51. Martinsson L, Wei Y, Xu D, Melas PA, Mathé AA, Schalling M, Lavebratt C, Backlund L. Long-term lithium treatment in bipolar disorder is associated with longer leukocyte telomeres. *Transl Psychiatry.* 2013; 3 (5): e261. DOI: 10.1038/tp.2013.37
 52. Benard V, Vaiva G, Masson M, Geoffroy PA. Lithium and suicide prevention in bipolar disorder. *Encephale.* 2016; 42 (3): 234-241. DOI: 10.1016/j.encep.2016.02.006
 53. Pisanu C, Congiu D, Manchia M, Caria P, Cocco C, Dettori T, Frau DV, Manca E, Meloni A, Nieddu M, Noli B, Pinna F, Robledo R, Sogos V, Ferri GL, Carpinello B, Vanni R, Bocchetta A, Severino G, Ardaur R, Chillotti C, Zompo MD, Squassina A. Differences in telomere length between patients with bipolar disorder and controls are influenced by lithium treatment. *Pharmacogenomics.* 2020; 21 (8): 533-540. DOI: 10.2217/pgs-2020-0028
 54. Salarda EM, Zhao NO, Lima CN, Fries GR. Mini-review: The anti-aging effects of lithium in bipolar disorder. *Neurosci Lett.* 2021; 759: 136051. DOI: 10.1016/j.neulet.2021.136051
 55. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry.* 2013; 70 (9): 931-939. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1394
 56. Overstreet DH. The Flinders sensitive line rats: a genetic animal model of depression. *Neurosci Biobehav Rev.* 1993; 17 (1): 51-68. DOI: 10.1016/s0149-7634(05)80230-1
 57. Wei YB, Backlund L, Wegener G, Mathé AA, Lavebratt C. Telomerase dysregulation in the hippocampus of a rat model of depression: normalization by lithium. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2015; 18 (7): pyv002. DOI: 10.1093/ijnp/pyv002
 58. Liu J, Xiao Q, Xiao J, Niu C, Li Y, Zhang X, Zhou Z, Shu G, Yin G. Wnt/β-catenin signalling: function, molecular mechanisms, and therapeutic opportunities. *Signal Transduct Target Ther.* 2022; 7 (1): 3. DOI: 10.1038/s41392-021-00762-6
 59. Squassina A, Pisanu C, Congiu D, Caria P, Frau D, Niola P, Melis C, Baggiani G, Lopez JP, Cruceanu C, Turecki G, Severino G, Bocchetta A, Vanni R, Chillotti C, Del Zompo M. Leukocyte telomere length positively correlates with duration of lithium treatment in bipolar disorder patients. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2016; 26 (7): 1241-1247. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2016.03.020
 60. Codd V, Nelson CP, Albrecht E, Mangino M, Deelen J, Buxton JL, Hottenga JJ, Fischer K, Esko T, Surakka I, Broer L, Nyholt

- DR, Mateo Leach I, Salo P, Hägg S, Matthews MK, Palmen J, Norata GD, O'Reilly PF, Saleheen D, Amin N, Balmforth AJ, Beekman M, de Boer RA, Böhringer S, Braund PS, Burton PR, de Craen AJ, Denniff M, Dong Y, Douroudis K, Dubinina E, Eriksson JG, Garlaschelli K, Guo D, Hartikainen AL, Henders AK, Houwing-Duistermaat JJ, Kananen L, Karssen LC, Kettunen J, Klopp N, Lagou V, van Leeuwen EM, Madden PA, Mägi R, Magnusson PK, Männistö S, McCarthy MI, Medland SE, Mihailov E, Montgomery GW, Oostra BA, Palotie A, Peters A, Pollard H, Pouta A, Prokopenko I, Ripatti S, Salomaa V, Suckiman HE, Valdes AM, Verweij N, Viñuela A, Wang X, Wichmann HE, Widen E, Willemsen G, Wright MJ, Xia K, Xiao X, van Velthuisen DJ, Catapano AL, Tobin MD, Hall AS, Blakemore AI, van Gilst WH, Zhu H. CARDIoGRAM consortium; Erdmann J, Reilly MP, Kathiresan S, Schunkert H, Talmud PJ, Pedersen NL, Perola M, Ouwehand W, Kaprio J, Martin NG, van Duijn CM, Hovatta I, Gieger C, Metspalu A, Boomsma DI, Jarvelin MR, Slagboom PE, Thompson JR, Spector TD, van der Harst P, Samani NJ. Identification of seven loci affecting mean telomere length and their association with disease. *Nat Genet.* 2013; 45 (4): 422-427, 427 e1-2. DOI: 10.1038/ng.2528
61. Wei YB, Martinsson L, Liu JJ, Forsell Y, Schalling M, Backlund L, Lavebratt C. hTERT genetic variation in depression. *J Affect Disord.* 2016; 189: 62-69. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.025
62. Lundberg M, Biernacka JM, Lavebratt C, Druliner B, Ryu E, Geske J, Colby C, Boardman L, Frye M, Schalling M. Expression of telomerase reverse transcriptase positively correlates with duration of lithium treatment in bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2020; 286: 112865. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112865
63. Saretzki G. Extra-telomeric functions of human telomerase: cancer, mitochondria and oxidative stress. *Curr Pharm Des.* 2014; 20 (41): 6386-403. DOI: 10.2174/1381612820666140630095606
64. Soeiro-de-Souza MG, Teixeira AL, Mateo EC, Zanetti MV, Rodrigues FG, de Paula VJ, Bezerra JF, Moreno RA, Gattaz WF, Machado-Vieira R. Leukocyte telomerase activity and antidepressant efficacy in bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2014; 24 (7): 1139-1143. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2014.03.005
65. Maurer IC, Schippel P, Volz HP. Lithium-induced enhancement of mitochondrial oxidative phosphorylation in human brain tissue. *Bipolar Disord.* 2009; 11 (5): 515-522. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2009.00729.x
66. de Sousa RT, Streck EL, Zanetti MV, Ferreira GK, Diniz BS, Brunoni AR, Busatto GF, Gattaz WF, Machado-Vieira R. Lithium increases leukocyte mitochondrial complex I activity in bipolar disorder during depressive episodes. *Psychopharmacology (Berl).* 2015; 232 (1): 245-250. DOI: 10.1007/s00213-014-3655-6
67. Козлов В.А. Свободная внеклеточная ДНК в норме и при патологии. *Медицинская иммунология.* 2013; 15 (5): 399-412. [Kozlov VA. Free extracellular DNA in normal and pathological conditions. *Medical Immunology.* 2013; 15 (5): 399-412.] (In Russ) DOI: 10.15789/1563-0625-2013-5-399-412
68. Lindqvist D, Wolkowitz OM, Picard M, Ohlsson L, Bersani FS, Fernström J, Westrin Å, Hough CM, Lin J, Reus VI, Epel ES, Mellon SH. Circulating cell-free mitochondrial DNA, but not leukocyte mitochondrial DNA copy number, is elevated in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology.* 2018; 43 (7): 1557-1564. DOI: 10.1038/s41386-017-0001-9
69. Zheng Q, Huang J, Wang G. Mitochondria, Telomeres and Telomerase Subunits. *Front Cell Dev Biol.* 2019; 7: 274. DOI: 10.3389/fcell.2019.00274
70. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. Пер. с фр. с сокр. Под ред. В.А. Базарова. М.: Мысль, 1994; 399 с. [Durkheim, E. Suicide: A Sociological Study. Translated from the French by V.A. Bazarov. Moscow: Mysl, 1994; 399 p.] (In Russ)
71. Сапожников С.П., Козлов В.А., Карышев П.Б., Голенков А.В. Возрастная динамика суицидов. *Академический журнал Западной Сибири.* 2021; 17 (1): 3-4. [Sapozhnikov SP, Kozlov VA, Karyshev PB, Golenkov AV. Age Dynamics of Suicides. *Academic Journal of West Siberia.* 2021; 17 (1): 3-4.] (In Russ)

Вклад авторов:

В.А. Козлов: разработка дизайна исследования, написание и редактирование текста рукописи;

А.В. Голенков: написание и редактирование текста рукописи;

Е.С. Деомидов: написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

V.A. Kozlov: study design development, writing and editing the text of the manuscript;

A.V. Golenkov: writing and editing the text of the manuscript;

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

Information about the authors:

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

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

Deomidov Evgeni S. – MD, PhD (SPIN-code: 9811-9509; Researcher ID: AAL-4537-2020; ORCID ID: 0000-0001-8107-3671). Place of work and position: Assistant Professor of the Department of Psychiatics, Medical Psychology and Neurology, I.N. Ulianov Chuvash State University. Address: 6 Pirogov Str, Cheboksary, Russia. Email: neurokaf@yandex.ru

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: 13.10.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 29.11.2025.

Для цитирования: Козлов В.А., Голенков А.В., Деомидов Е.С. Длина теломер как маркер склонности к совершению суицида. *Суицидология.* 2025; 16 (4): 56-74. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-56-74

For citation: Kozlov VA, Golenkov AV., Deomidov E.S. Telomere length as a suicide probability marker. *Suicidology.* 2025; 16 (4): 56-74. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-56-74

ОДИНОЧЕСТВО И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ. ЧАСТЬ III: САДЫ ОДИНОЧЕСТВ

Е.Б. Любов

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

LONELINESS AND SUICIDAL BEHAVIOR. PART III: GARDENS OF SOLITUDE

Е.В. Lyubov

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

Сведения об авторе:

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

Одиночество (далее – О.) сопряжено с риском депрессии, суицидального поведения (СП), а потому – привлекает растущий интерес общественного здравоохранения во всём мире. В очередной, третьей части концептуального обзора Уточнена типология континуума О. с выделением рабочих критериев, частично пересекающихся социальной изоляции и уединения как суицидальных и антисуицидальных факторов с привлечением литературных образцов.

Ключевые слова: одиночество, уединение, социальная изоляция, суицидальное поведение

...Всяк одиночеством своим объят.
У. Оден. «Одиночество».
Одиночество, как ты перенаселено.
Ст. Ежи Лец

В XVIII–XXI веках в одиночестве (далее – О.) находили источник блаженства или опасную болезнь, говорят об «эпидемии О.» (см. часть I Обзора). И не сегодня.

Наше время – время одиночек. В. Шаламов

Понять исторические предпосылки клинико-социального феномена можно с культурной и социологической точек зрения.

Так, неприятие городской цивилизации и ее побочных эффектов восходит к Петрарке и Вергилию.

На стене дельфийского храма: «В многолюдстве нет добра».

Допустимость и неизбежность О. актуализированы с расцветом урбанизированного «общества незнакомцев».

Уединение нужно искать в больших городах.
Р.Декарт

Чем больше незнакомых, тем сильнее стремление к О. – уединению.

Четырёхтомный *magnum opus* (лат. великая работа) Иоганна Циммермана, врача Георга III

и Фридриха II (а Екатерине II отказал) «Об уединении» («Über die Einsamkeit») середины XVIII века [здесь и далее цит. по 1] стал частью литературного обихода модернизируемого общества как продолжение нескончаемого спора о выборе роли человека в общественной жизни

Полузабытый чудаковатый швейцарец логично востребован, в Обзоре тоже.

Сад англоязычных определений указывает неопределённость и неоднозначность концепта (континуума) О.

Solitude – добровольное или вынужденное уединение, оторванность от мира, изоляция «наедине с собой». Физическое отсутствие рядом кого-либо без эмоциональной окраски: «один, но не одинок». В толпе – loneliness: не с кем говорить. Коли по душе О., –solitude, а не loneliness. Самодостаточное О. отшельника, смотрителя маяка, нелюдимого гордеца, бобыля, вахтовика. Lonesomeness: унылость, подавленность, упадок духа, тоска без близкого. Desolation – более сильное чувство ненужности, покинутости, заброшенности: печаль, скорбь, безысходное отчаяние – потери близкого, вдовы, сироты. Singleness (син. celibacy, целибата) – уединение, обет безбрачия монаха. Alienation

означает отстранённость, отчуждение, отдалённость. Disaffection – беспристрастность, безразличие, потеря интереса и привязанности к друзьям, нелюбовь. Estrangement – отчуждение, отдаление, отстранение как причина разрыва отношений или неприязни: библейский конфликт сына и отца.

В ранних работах и словарных определениях О. отождествлено с уединением – состоянием скорее благотворным (см. далее), если не увлечься чрезмерно.

Путаница терминов «одиночество, быть одиноким и жить в одиночестве» привела к их взаимозаменяемости [2-5]. Объединены временное и ситуационное О., горе с глубокими и неуловимыми видами эмоционального сопровождения отчуждения, изоляции, уединения, солипсизма (см. Части I и II Обзора).

М. Гаспаров объяснил зарождение индивидуализма, собрата О., с улучшением к концу XVIII века питания: род людской обзавёлся байроническими отщепенцами. О. – своеобразное излишество, баловство.

Смещение понятий О., уединения и (социальной) изоляции без различий или выводов о продолжительности переживания или движущих силах поиска уединения ведёт к понятийным и психологическим потерям. Отождествление игнорирует особые черты и сложность О.

Концепт О. предполагает классификацию и разграничение со смежными категориями (часть I Обзора). От понимания терминологии зависит ход и направление интерпретаций.

В научно-романтической традиции проблема О. в онтологических аспектах состояния (ощущения себя «лишним») и цели (результата «внутреннего духовного роста человека», не найдя совершенства в мире, герой уходит в себя, любимого-ненавидимого).

Типы О. как формы бытия (самосознания) рассмотрены отдельно, поскольку удовлетворение потребности в эмоциональном О. не служит противовесом социальному, и наоборот [6]. Однако субъективное О. объединяет полюса добровольного «ухода» от общества как условия развития и существования личности и негативное переживание при ослаблении эмоциональной связи с окружающими, источники вдохновения и свободы или тоски отчуждения.

Н. Бердяев рассматривает О. не как абсолютную изоляцию, а особое состояние, источник страданий и пространство самопознания и духовного роста.

При обобщении фактических данных выделены типы О. с указанием общего и особен-

ного, свидетельствующие о (более качественном, чем количественном) недостатке межличностных связей (части I и II Обзора).

Социальная изоляция. Объективное состояние социальной среды и моделей взаимодействия связаны с понятиями социальных принадлежности с минимальным количеством значимых отношений [7], капитала и поддержки [8].

Недобровольная изоляция (заключение) мучительна озорным детям («угол») и взрослым. Для того и придумана.

Казнь убивает сразу, а пожизненное заключение медленно. Какой же палач человечнее? Тот ли, который убивает вас в несколько минут, или тот, который вытягивает из вас жизнь в продолжение многих лет? А. Чехов «Пари»

В одиночке при ходьбе плечо / следует менять при повороте, / чтоб не зарябило и ещё / чтобы свет от лампочки в пролёте / падал переменно на виски, / чтоб зрачок не чувствовал суженья. / Это не избавит от тоски, / но спасёт от головокруженья. И. Бродский «Инструкция заключенному», 14 февраля 1964, тюрьма.

Э. Дантес, чудом возвращённый в мир и ставший новым человеком с новым именем, чувствовал по временам непреодолимое желание остаться одному. А где одиночество может быть так беспредельно и поэтично, как не на корабле, который несётся по морской пустыне, во мраке ночи, в безмолвии бесконечности, под оком вседержителя? А. Дюма «Граф Монте-Кристо»

Обитаемый остров Робинзона стал поворотным моментом жизни.

... сетования по поводу того, чего мы лишены, проистекают от недостатка благодарности за то, что имеем. Д. Дефо

Политзаключённые при твёрдой убеждённости в правильности выбора и поддержке единомышленников не испытывали О.

Показательна новая сибирская жизнь декабристов, «двоечников»-заговорщиков и недюжинных просветителей-гуманистов.

Так, в Ялуторовске (ныне Тюменской области) открыта образцовая приходская школа.

Единственный декабрист, проведший 20 лет в крепости, Г. Батеньков, почти разучился разговаривать, но предпочитал вегетарианскую пищу, не имел отказа в вине, получал книги, вызывал священника. В записях и дерзких письмах царю «стройный ход мозговой работы иногда прерывался».

Двое из 120 сибирских пленников официально сошли с ума, четверть вернулись домой по амнистии.

Террорист Н. Морозов провёл в царских тюрьмах двадцать пять лет непрерывно. После кончины в 92 года миф об учёном-революционере.

Хрупкой убийце В. Фигнер казнь заменена бес-срочной одиночной камерой: 20 лет писала стихи и протестовала против тяжёлых условий содержания. Умерла в 89 лет.

«Одиночки» («волки») в криминальном мире пользовались особым уважением, так как любовная связь ослабляет (вспомним Самсона и Далилу).

Через 10 лет содержания в психиатрической лечебнице «здоровый больной» одержим «манией преследования в самой сильной степени». *А. Куприн «Ошибка»*

Недобровольное исключение из общества.
Остракизм.

Монологическое «существование» (Dasein) Хайдеггера – уединение изгнанника.

Овидий испытал на чужбине скуку и тоску, но на диком острове поэтически воскрес. Поражённый в правах отщепенец Данте сублимировался на радость человечеству.

Джонатан Ливингстон (*Ричард Бах*) подвергнут «кругу позора» и изгнан из стаи. Не О. мучило, а то, что чайки не захотели поверить в радость полёта, открыть глаза и увидеть!

Искалеченный и переживший духовное аутодафе Абеляр «закрыв врата и окна очей» (Иероним).

Изоляция болезни

«Пенсильванский пузырь» Дэвида Веттера был физическим, ментальным и социальным – клеткой, защищавшей хрупкий внутренний мир иммунодефицита от губительного внешнего.

Дэвид был психологически неустойчив из-за недостатка общения и безнадёжности положения. Вынужденный демонстрировать напускную вежливость, всё чаще впадал в раздражительность и депрессию, выражая гнев импульсивными действиями.

В коконе глухоты К. Циолковский жил на воде и хлебе, мечтая об иных мирах: «Глухота – ужасное несчастье, и я никому её не желаю. Но сам теперь признаю её великое значение в моей деятельности в связи, конечно, с другими условиями».

У Л. Андреева примечательны больничные хронотоп и галерея полярных психотипов больных, лишь отчасти объяснявших прогноз недуга.

К нему никто не приходил, и он был тяжело болен, но он не чувствовал себя одиноким, так как познакомился не только со всеми больными, но и с их посетителями, и не скучал. Больным он ежедневно по несколько раз желал выздороветь, здоровым желал, чтобы они в веселье и благополучии проводили время, и всем находил сказать что-нибудь доброе и приятное. *Л. Андреев «Жили-были»*

Сравним: после шести дней «небытия обморока» Б. Ахмадулина в эйфории:

Мне довелось полюбить всех служащих больницы: подательницу еды, которая казалась мне праведной и вкусной, мудрого осанистого лифтера, добродуш-

ных охранителей входа. Эти признания могут показаться ележно идиллическими или благодарственно подобострастными, но в них нет лукавства. Понятно, что, очнувшись от столь *глубокого обморока*, пациент ощущает столь же глубокое сентиментальное благодушие, нежность к белому свету и его обитателям. *Из письма*

Одинокая жизнь (living alone). Обыденный вариант социальной изоляции: близкие день-деньской вне дома Дело спасения одиночки – его личное дело.

В русском языке нет точного эквивалента «aloneness», означающего ситуации одиночки без томительного О.

– Вот так и лежу, барин, седьмой годок. Летом то я здесь лежу, в этой плетушке, а как холодно станет – меня в предбанник перенесут. Там лежу ... *И.Тургенев «Живые мощи»*

О. – социальная изоляция распространены у пожилых [9-11], типовой группы риска О. (см. следующие части Обзора).

Старость – одиночество. Всё вокруг незнакомо, даже ты сам с отвратительными признаками изношенности – чужой.... *Е. Шварц*

Уединение (Solitude), или позитивное внутреннее («гордое», «сознательное») О. [9, 12-14].

Этикет различал О. и уединение: одинокий не может наладить общение или беззащитен перед их враждебностью; уединённый способен разговаривать (оставаться) с самим собой.

Трансценденталисты (Эмерсон) приписывали О. и уединению положительный и отрицательный характеры соответственно. Преобразование отчуждённого О. в уединение для реализации творческих способностей.

Обычно недолгая своеобразная передышка, «подзарядка» в ожидании творческого прилива.

Я не аскет и не злодей, / Но раз в неделю без людей – / Такая ванна для души. *С. Черный*

Еврейская многодетная мамеле-одиночка (и такие бывают) в оговорённый час уединялась с приказом «не входить». Смелчаки-детки всё же заглянули. Она восседала с ломтем утаённого от семьи пирога: «Ша, дети, делаю счастливую маму». *Из Сети*

Хобби (филателия, вышивание, рыбная ловля, огородничество) придуманы для отвлечения и объединения по интересам [1].

Академик Сретенский священнодействует с солдатиками и горд похвалой за игрушечную армию в вате. к/ф «Монолог». СССР, 1972.

К Д. Менделееву, находящему отдохновение в изделии чемоданов, захаживал скучающий чемоданщик, обожатель поговорить об «учёном».

Вместо обделённости благодатная возможность плодотворных открытий и саморазвития. Даже отъявленные человеколюбцы ищут временного забвения «вдали от безумной толпы».

Уединение ... имеет разумные основания скорее для тех, кто успел уже отдать миру свои самые деятельные и цветущие годы ... Мы прожили достаточно для других, проживем же для себя хотя бы остаток жизни. Сосредоточим на себе и на своем собственном благе все наши помыслы и намерения! *М. Монтень «Об уединении. Опыты»*

Внешнее, физическое уединение – в безлюдном пространстве без поддержки или общения с осознанным обретением полезного социального опыта выживания (не смерти). Источник восстановления сил, осмысления жизни.

Мы живем и грезим в одиночестве... *Дж. Коград*

«Нормальное» добровольное умонастроение [15-17], благотворное, если не увлечёшься чрезмерно.

Уединение-действие (процесс) связано с физическим удалением, обособлением; состоянием (положение дел) – в отсутствии других. Условие: объективное обычно недолгое пребывание в особом месте («чужие здесь не ходят»).

Будет вечный полярный день! Север, воля, надежда. Страна без границ. / Снег без грязи – как долгая жизнь без вранья. / ... Кто не верил в дурные пророчества, / В снег не лёг ни на миг отдохнуть, / Тем наградою за одиночество / Должен встретиться кто-нибудь! *В. Высоцкий «Белое безмолвие»*

Можно быть одному, не страдая от О. до поры.

«Схватку лосей» или «Камчатских медведей» перепечатывали за рубежом как классику. ... всегда путешествовал один и был первым там, где не были другие (спойлер: «Кто захочет в беде оставаться один?») Столичный супермен, распластаный инфарктом, избегает искуса трехстволки и спасён добрыми аборигенами. *Н. Плотников «Маршрут Эдуарда Райнера»*

Гвозди делать из этих людей. Знакомец автора Обзора в малой группе единомышленников прокладывал, желательно, во вьюге лыжню на Кольском полуострове. При наивном вопросе о природе рапортовал: «70 километров в день».

Ален Бомбар («За бортом по своей воле»), отказавшись от попутчиков-потенциальных самоубийц, пересёк Атлантику за 65 дней на утлом надувном челне без еды и воды, доказав, что жертв кораблекрушения губит не жажда, а неутолимый страх.

Кочевой или охотничий образ жизни требует продолжительных и частых периодов уединения: люди приспособляются к изоляции как неизбежной части жизни.

Степь огромна, а человек невелик. Степь безучастна, ей все равно, худо ли, хорошо ли тебе, принимай её такую, какая она есть, а человеку не всё равно, что и как на свете, и терзается он, томится, кажется, что где-то в другом месте, среди других людей ему бы повезло, а тут он по ошибке судьбы... *Ч. Айтматов «Буранный полустанок»*

Внутренняя эмиграция «бича» («бывший интеллигентный человек») в геологической «не той» партии спасла не одну судьбу от самоуничтожения и депрессий.

Словарик О. – уединения указывает многоаспектность предмета.

Эскапизм (лат. «убегать») – зеркало эпохи и средство самопомощи.

Сыт я по горло, до подбородка. / Даже от песен стал уставать. / Лечь бы на дно, как подводная лодка, / Чтоб не могли запеленговать. *В. Высоцкий*

Способ снять давление повседневности, восстановить эмоциональные ресурсы: ослабление, развитие воображения и творчества, новые роли и ситуации без опасности. Адепты «перевернутого крузоизма» (Робинзонапды) выбирают жизнь на затерянном острове, далёком как сон.

Острова в океане. Типовая сцена в метрополитене, неиссякаемом источнике социального опыта: объявление машиниста о «вагоне, идущем в депо» воспринимает треть пассажиров вне «пузыря» смартфона.

...Или в типовом «человечнике»:

Чем скучнее и бессодержательнее становилась жизнь в высотке, тем больше открывалось возможностей. Высотка сняла необходимость подавлять антисоциальное поведение и позволила людям исследовать любые аномальные порывы и капризы. Защищённые раковиной высотки, словно пассажиры авиалайнера под управлением автопилота, жильцы могли вести себя как угодно, – так технология открывает двери перед действительно «свободной» психопатологией. *Дж. Г. Баллард «Высотка»*

Открытый город сумасбродно цепок .../ От замкнутых я, что ли, пьян дверей? / И хочется мычать от всех замков и скрепок ... *М. Гаспаров*

Дауншифтинг – выбор между доходами и стрессами и душевным комфортом увлечений или семьи. Протест против идеалов общества потребления с отрицанием развития личности (по Марксу, третья степень отчуждения: «от человеческой сущности»). См. «эскапизм»

Люди в большинстве... ведут ту жизнь, которую им навязывают обстоятельства, и, хотя некоторые тоскуют ... приемлют свой жребий если не безмятежно, то покорно. *С. Моэм «Вкусивший нирваны»*

Двадцать пять лет счастья в тихом захолустье, где ничто не нарушало безмятежности существования некоего праздного мечтателя. Отчаянная попытка

ка переломить судьбу, построив досрочно личный рай, завершается разорением и самоотравлением угарным газом. Несмотря на отчаянность положения, «не хватило целеустремлённости»: шесть лет доживал в тихом помешательстве у доброхотов среди поразившей его насмерть красоты. Там же

Г. Стерлингов хотел стать губернатором, но в деревне растит высоко экологичный дорожный скот, выступает против мегаполисов и из миллиардера превратился в миллионера.

Хикикомори (яп. «отступить» + «быть внутри») – добровольно изолирующаяся от социальных контактов не менее чем на полгода «NEET»-молодёжь (без работы и учёбы); всё же более клинический диагноз (депрессия), чем социально-культурный феномен.

Жизнь хики улучшает любовь доставщицы пиццы. к/ф «Токио!», Франция, Япония, Ю. Корея, Германия. 2008. Состав участников указывает на глобализацию проблемы.

Затворник заводит друзей через интернет, что неудивительно, но этим полностью удовлетворен. Кевин Кун. «Хикикомори» в русскоязычном переводе (2017).

Неустойчивый баланс между уходом и возвращением препятствует побегу от реальных проблем, билету в один конец. Виртуальный мир «запрещённых веществ» и видеоигр становится матрицей жизни.

Трансценденталисты и экзистенциальные философы уединение считали благотворным для творчества в отличие от тлетворного О.

Ж-Ж. Руссо, склонного к депрессии, манило лесное убежище.

Генри Торо (27), заворожённый трансценденталистскими идеями, поставил аутоэксперимент частичной изоляции и сосредоточении у озера на два года, два месяца и два дня за огородничеством, рыбалкой, чтением классиков, плаванием и греблей, в общении с соседями как хозяина пруда. Показал современникам, как счастливо жить вне общества, удовлетворяя естественные потребности собственным трудом. Промышленной революции и зарождающемуся обществу потребления противопоставил уединение, самодостаточность, созерцательность и близость к природе. «Уолден, или Жизнь в лесу», 1854, книга культовая в XX веке для движения «зелёных», современниками принята иронически холодно. Р. Стивенсон назвал «побег» трусостью.

Отшельник – его молитвы и созерцательная жизнь в священном мраке пещеры или уединении скита не видимы обществу, нуждающемуся в зримой добродетели [1]. В нашу безмятежную эпоху ... по-настоящему сильная добродетель – та, что смело преодолевает препятствия, а не та, что бежит от них ... И. Циммерман

Мотив протестантского О. стал исходной точкой трансценденталистской «чистой линии»

Торо, сохранив заряд романтического утопизма и социально-этического оптимизма, породила проекты «коллективизма» с общинным стилем жизни, якобы сохраняющим внешнюю и внутреннюю независимость [1].

Человек Генри Торо – самоценное биологическое и социальное существо живёт независимо от общества и Бога. Самодостаточный, погружается в уединение, как в тихий пруд, не зная мук «настоящего» О.

Отчего бы чувствовать себя одиноким? Разве наша планета не на Млечном пути? ... Я не более одинок, чем мельничный ручей или флюгер ... или первый паук в новом доме.

В желанном, уютном, обогащающем личность уединении Торо сыскал духовный клад самопознания, «перерождения» души на лоне природы.

... Общество, даже самое лучшее, скоро утомляет и отвлекает от серьёзных дум. Я люблю оставаться один. Ни с кем так не приятно общаться, как с одиночеством. Мы часто бываем более одиноки среди людей, чем в тиши своих комнат. ... Г. Торо «Уолден или жизнь в лесу»

Сравним:

Не вижу ничего ненормального в О. Мне хорошо одному. Люди сильно преувеличивают значение любви. Она не всегда так важна. То же относится к жизни – её значение тоже преувеличивают. Э. Уорхол

Трансцендентальный эскапизм Торо – освобождение для единения с мирозданием, приближение к «прозрачному глазу». Уединение приобщает к гармонии космоса.

Гусар-схимник Ильфа-Петрова поспорил бы:

Жизнь так же, как и двадцать пять лет тому назад, была темна и загадочна. Уйти от мирской тревоги не удалось. Жить телом на земле, а душой на небесах оказалось невозможным.

– когда тебе нужно выносить мусор, потому что в доме гребаные кучи, а вынести его больше некому. Б. Питт

Но

Кто там говорит о силе духа – гвоздь в сапоге так уязвит твою душу. А. Герцен

Д. Дидро был бы не согласен.

Современные изводы душеподъёмной темы:

Некто Карл сбивает зайчонка и уходит в лес с новым другом. Решена техническая проблема – уничтожение себя как налогоплательщика в национальной базе данных. «Год зайца», к/ф Финляндия, 1977.

Кристофер Найт (60), «Отшельник с Северного пруда», 27 лет прожил в лесу, совершив 1000 краж для пропитания и удобства. При задержании чисто выбрит и коротко стрижен. Не скучал, слушая поли-

тические программы и рок-музыку. Заслужил жизнеописание: М. Финкеля; в русском переводе «Я ем тишину ложками» (2021).

Колин Райт, автор книги «Простая жизнь», не прогадав с недвижимостью в США, купил землю в благополучнейшей Новой Зеландии в поиске естественной жизни.

Диссидентствующий (в миру – исправный счетовод) сосед автора Обзора уходил в день советских Выборов на рассвете в лес с котомкой обильной снеди и возвращался победителем после закрытия избирательного участка. Девы-агитаторы, обеспечивающие 96% явку населения, безнадежно обрывали звонок.

Итак.

Жить на вершине голой, / Писать простые сонеты... / И брать от людей из дола / Хлеб, вино и котлеты. С. Чёрный «*Два желания*»

Уединение на двоих (не путать с «безумием вдвоём»).

Любовь – эгоизм вдвоём. А. де Сталь (?)

С каждым днём мне всё труднее постичь, как другие способны жить, не будучи Галой или Сальвадором Дали. С. Дали «*Из дневников*»

Гумилёв якобы говорил жене: «Помолчи. Когда ты молчишь, ты вдвое красивее».

– Как люди могут сидеть вместе в ресторане и при этом не говорить друг другу ни слова? – Это семейная пара. «*Двое в пути*», к/ф Великобритания-США, 1967

Идеальный муж понимает каждое слово, которое не говорит его жена. Альфред Хичкок.

Понимание молчаливо:

Молчание – надёжнейший ответ на противоречия, продиктованные дерзостью, вульгарностью или завистью. И. Циммерман

... как и враждебное отчуждение. (Л. Андреев. «Молчание»).

Сравним:

Они шагали рядом – два мира чувств и понятий, неспособные общаться. У. Голдинг «*Победитель мух*»

Когда мы глядим друг на друга, два разных мира отражаются в зрачках наших глаз. М. Бахтин «*Автор и герой*»

«Ад – другие». Отсылкой к Камю завершена пьеса Сартра «*За закрытыми дверями*». Трое в минималистическом аду комнатки изнемогают от бесплодного общения.

В мире ограниченное количество душ и неограниченное количество тел. М. Цветаева

Уединение духовного созерцания – добровольный выбор духовного роста и самопознания, размышлений отречение от мирских благ как часть обета и установление связей с духовным миром.

Чуждость и общность – вот главное в человеческом существовании, вокруг этого вращается

и вся религиозная жизнь человека. Н. Бердяев «*Самопознание*»

Иначе – беда пожизненного заточения.

Д. Дидро в «Монахине» живописал мучения невольной монахини в «тесном и тёмном подземелье» на полугнившей от сырости циновке.

Ссылка неугодных царских жен в монастыри означала гражданскую казнь.

Соломония Собурова «с растерзанным сердцем ... надевает монашеское платье не по желанию, а по принуждению, и призывала Бога в мстители за такую несправедливость». С. Герберштейн «*Записки о Московии*»

Монашество противостоит О. в обретении духовной поддержки и общности в религиозной общине. Духовная традиция в зыбком сумраке молельни созерцать Бытие, суть которого – непреложная чистота, бесконечная доброта и совершенство.

Лицо у неё теперь было бесстрастное, маловыразительное, холодное и бледное, прозрачное, будто в жилах её текла вода, а не кровь. А года два-три назад она была полной, румяной, говорила о женихах, хохотала от малейшего пустяка... А. Чехов «*Володя большой и Володя маленький*»

... пойду пока на послушание, потом, может быть, решусь на постриг... Пусть бог даст сил не отвечать мне – бесполезно длить и увеличивать нашу муку... И. Бунин «*Чистый понедельник*»

Условия откровений самопознания св. Августина («*Исповедь*») – внешнее (уединение) и внутреннее (дистанцированное от всех акциденций самопогружение) О.

О. подходило больше, чтобы предаться плачу.

Тихон советует совестливому греховоднику Ставрогину уйти в послушники.

Удаление от мира – тема средневековых эпических песен и exempla – поучительных рассказов-притч. Монах умирает в окружении братии, чтобы не остаться одиноким в загробном мире.

Наряду с осторожным одобрением религиозного уединения рост общественного интереса к «суевериям» католических церквей.

Ежели сердце чисто, дух бодр, а ум развит, то временное отдаление от широкого и даже близкого круга общения улучшит добродетели ума и приведёт к счастью; но ежели душа испорчена и мириады порочных образов и желаний роятся в большой фантазии, тогда уединение послужит тому лишь, чтобы укрепить и усугубить зло; позволив уму вынашивать его буйные и вредные замыслы, оно станет повивальной бабкой и нянькой для извращённых и чудовищных идей. И. Циммерман

Моральный авторитет отшельника (Фромм) казался незыблемым: знали, жизнь и смерть делать с кого.

Сорокадневный пост («карантин») Иисуса после крещения. Драма нравственного выбора. См. *И. Крамской «Христос в пустыне»*

Никто не может найти Бога кроме как в одиночестве, ибо Сам Бог уединён и одинок. *Кардинал Бона, XVII век.*

Симеон Столпник, первоиспытатель «новой формы аскезы», 37 лет – в посте и молитве, но находил время и место для пророчаний и исцеления. В стороне апокрифа – приносящие ему в корзинке пищу.

Обет молчания (трапписты) препятствовал общению, но оставлял свободными руки для труда и осенения крестом.

Юродивые лукаво и талантливо играли роль городских сумасшедших, как древнегреческие мудрецы.

Отцы-пустынники (преподобный Антоний – основатель отшельнического спиритуализма) и средневековые последователи как иконы подлежали любованию, прославлению и подражанию.

Ты в пустыню суровую, / в места бластные, непроходимые / поселился еси... (цит. *И. Бунин «Странствия»*).

В русском языке XI-XII вв. *одинокыи* – стоящий отдельно, особняком; ср. *инокъ*.

Отшельники древности жили в общении с богом, пребывая в самом населённом мире, мире духовном... Первая потребность человека, будь то прокажённый или каторжник, отверженный или недужный, – обрести товарища по судьбе. Жажда утолить чувство, человек расточает все свои силы, все свое могущество, весь пыл своей души. Не будь этого всепожирающего желания, неужто сатана нашёл бы себе сообщников? *О. Бальзак «Утраченные иллюзии»*

Критика фанатизма в рациональной городской культуре конца XVIII века: отказ от удобства и общения – извращение человеческого рассудка и восстание против его природы как порождение превратного понимания служению Богу.

Петрарка («*Об уединённой жизни*») дискутировал с ранне- и дохристианскими авторитетами:

... всегда искал уединённой жизни..., чтобы убежать от этих извращённых умов, которые утратили дорогу на небо.

Религия, если ей не злоупотреблять для того, чтобы скрыть от себя пограничные ситуации, позволяет остаться в мире, не покончить с собой. Но затем она принуждает покинуть мир, находясь в нём: аскеза, бегство от мира, отстранение от мира в терпении своего существования, действия без желания существования. *К. Ясперс «Философия»*

Сколь же далеки были эти безумцы, коих считают путеводными звездами новой церкви, от пони-

мания человеческой природы, если они употребили свои знания на то, чтобы вывернуть из себя и своих прозелитов всё неестественное и непрактичное. *И.Циммерман*

Воистину в иных затворниках и особо рьяных отшельниках больше честолюбия и желания пустой славы, чем в самых открытых и заметных поступках: честолюбие есть не только в людных местах и торжественных обстоятельствах, но и дома, и во внутренней жизни; затворники не настолько затворены, чтобы отгородиться от этого коварного духа – тщеславия. *Дж. Ивлин*

В отвращении к греховности и глупости рода людского, мизантроп бежит его, став отшельником в пещере. Пока ненависть жжет грудь, находит удовлетворение в О., но время исцелит раны. Осознает однообразие существования, и сердце преисполняется тягостной скукой. Любовь к обществу воскресает, тоскует по миру. Равнодушно взирает на великолепие захода, не в силах предотвратить падения духа. *М. Льюис*

Образ жизни не растерял очарования экстремального опыта. Преимущества в состоянии души: задуматься о путях достижения счастья и о смысле бытия, оценить поступки.

Уединение потери созвучно с негативным внешним О., но лишь при «естественном», относительно недолгом самоограничительном горе. Смерть – лишь большое расстояние.

... все мы, в известный срок живущие на земле вместе и вместе испытывающие все земные радости и горести, видящие одно и то же небо, любящие и ненавидящие в конце концов одинаковое и все поголовно обречённые одной и той же казни, одному и тому же исчезновению с лица земли, должны были бы питать друг к другу величайшую нежность, чувство до слез умиляющей близости и просто кричать должны были бы от страха и боли, когда судьба разлучает нас, имея полную возможность превратить всякую нашу разлуку, даже десятиминутную, в вечную. *И. Бунин «Далёкое»*

Уединение – ипостась возможной «депрессии на двоих». В МКБ-11 «затянувшаяся» горе слито с клинической депрессией.

Старики после гибели единственного сына заперлись в превращённой в мемориал с негасимыми лампадами и фото комнате и годами принимали помощь социальной работницы через особое оконце как в тюремном карцере. *Из Сети*

В «нормальном» горе потери – душевспасительно уединение [18]. Холодящая печаль – навсегда.

Всякое прикосновение – боль. А жизнь состоит из прикосновений, потому что – тысячи нитей и каждая выдирается из живого, из раны. Вначале думала: когда все нити, самые крохотные и тончайшие, перервутся, тогда наступит покой. Но теперь казалось, что этого никогда не будет, потому что

нитей – бесчисленно. Каждый предмет, каждый знакомый человек, каждая мысль и даже каждое слово, все, все, что есть в мире, нитью связано с ним. Разве хватит жизни?... Ю. Трифонов «Другая жизнь»

В жизни Циммермана и Монтеня смерти жены, детей, друзей.

Не опечалит никого, / Что Люси больше нет. / Но Люси нет – и оттого / Так изменился свет. У. Вордсворт

Живых всё меньше в телефонной книжке, / Звенит в ушах смертельная коса, /... Теперь о том, что не договорили, / Звучат, как многоточия, гудки. В. Гафт «На смерть Алексея Габриловича»

Созвучно.

Петербург, у меня ещё есть адреса, / По которым найду мертвецов голоса. Э. Мандельштам

Стихи и проза «От горизонта одиночки к горизонту всех людей» о беспросветном горе Элюара, одолевшем грех отчаяния:

Позвольте мне самому судить о том, что помогает мне жить: я даю надежду усталым...

Абеляр страдает в разлуке с Элоизой, но в уединении находит спасительную герметизацию от искуса пороками, утраты свободы души.

С годами благодарное уединение – примирение медленного ухода, «по Рязанову», – обращается в самодостаточное уединение – изоляцию «победителя»:

Тщеславие старости! Гордость Мафусаила! Пережить всех. Победить в великом жизненном марафоне: все, кто начал этот бег вместе с ним, кто насмеялся над ним, причинял ему зло, шутил над его неудачами, сочувствовал ему и любил его, – все они сошли с трассы. А он еще бежит. Ю. Трифонов

На склоне лет И. Крылов принимал только друзей. Время проводил в чтении и размышлениях в добровольном затворничестве, словно готовился к переходу в иной мир.

Фридрих II и А. Делон умерли в окружении верных собак, последних терпеливых слушателей. «Кошатница» Б. Бардо (91) умерла в день завершения настоящего текста; любила бездомных животных больше людей.

Свидетельство старости (мудрости?) души – некое краевое энергосберегающее охлаждение интересов и контактов («только свои»), частично перекликающейся с подспудной депрессивной ангедонией.

Об уединенной самодостаточности, или смиренном кладбище духа О.

«Идиот» в Афинах как частное лицо, обыватель жил особняком от общественной жизни (о, ужас!) для себя. Не случайно бранное слово.

Я порхаю с жердочки на жердочку / В клетке, которая становится все теснее. / Её дверца открыта, открыта настесь. Джулия Иллиеш

Театральной Москвы позабытый кумир / И владычица наша воскресла. Н. Заболоцкий «Старая актриса» Жизнь московской львицы (старость – преисподняя женщины. Ларошфуко) Гарэн Ж. в останках старинной мебели и фото ... ключ квартиры у бдительного внука. Сухонькая старушка полулежит в тишине, читает вслух стихи или старые роли.

... ложился спать, улыбаясь заранее при мысли о завтрашнем дне: что-то Бог пошлет переписывать завтра? Так протекала мирная жизнь человека, который с четырьмястами жалованья умел быть довольным своим жребием, и дотекла бы, может быть, до глубокой старости, если бы ... Н. Гоголь «Шинель»

Вдова (61) в уютной квартире (две комнаты и кухонька). «Круг её интересов был узок, друзей не имела и вылазки совершала обычно не дальше продуктового магазина на ближайшем углу. Другие жильцы, видимо, её попросту не замечали... содержала в безупречной чистоте две комнаты, время от времени выкуривала сигарету, готовила еду и ухаживала за канарейкой». Т. Каноте «Мириэм»

...Ни на что не хочу откликаться. Никогда ещё не было у меня такого стремления к одиночеству. Ударяя надолго из города в поселок, выключаюсь из штепсельной розетки – живу обесточенный. Руководствуюсь эмоциями: озираясь на свою длинную жизнь, вижу, что именно эмоции понуждали меня изредка совершать верные поступки. Веление души точнее и чище императивов разума. И. Меттер «Пятый угол»

То есть:

...Кто способен пренебречь обязанностями, возлагаемыми на него дружбой и добрыми отношениями, и начисто вычеркнуть их из памяти, пусть сделает это! Но ему нужно остерегаться, как бы в эти часы заката, который превращает его в ненужного, тягостного и докучного для других, он не стал бы докучным и для себя самого, а также тягостным и ненужным. М. Монтень «Об уединении»

Экзистенциал «смерть» [19] подпольного героя в осознанном погребении заживо как в чеховском «футляре» защиты и тщеты любых стремлений и усилий.

Можно ли быть счастливым и одиноким? Спросим вслед А. Камю.

«Премудрому пескарю» Щедрина «сто лет одиночества», в холоде и голоде темной норы принесли здравую мысль: «... для продолжения пискарьего рода, прежде всего, нужна семья ...».

Сходно на все времена.

... в полном одиночестве, абсолютной изоляции... подобно цыгану, живет на краю чуждого ему мира, глухого к его музыке, безразличного к его надеждам, к его страданиям или преступлениям. Ж.Моно

У Сартра «Стена» означает неизбежность, непреодолимость, обречённость, лишаящая свободы.

Чувствуя себя в безопасности в этом обособленном укрытии, проводил рабочий день под защитой спасательного жилета отстраненности. В случае необходимости мог отразить нападение на свою приватность точно направленным в цель дротиком ядовитой иронии. *Ш. Нуланд «Врачи»*

Выбор отстранения временно, он же навсегда. Пусть через «сорок лет», бесцветные плети водоросли оживут, проявив дремлющую «исключительность».

Стремление к общению, взаимному разделению чувств противодействует разочарованию в дисгармоничной вселенной.

Но лишь одинокому гордецу

... как последний глаз к слепым идущим человека. *В. Маяковский «Несколько слов обо мне самом».*

в экзистенциальном метании утешительно указан путь к истине его существа над бездной О.

Безумное одиночество, обманутость, единственность в мире сладко ныли в Алексее. *А. Битов «Сад»*

Мироощущение приправлено эрзац-фантазиями.

Сам себе приключения выдумывал и жизнь сочинял, чтоб хоть как-нибудь да пожить. *Ф. Достоевский «Записки из подполья»*

... хочется распрощаться со всем, что вокруг меня, спуститься в мое подземелье и уже никогда не выходить оттуда, предоставить событиям идти своим путем и не задерживать их бесполезными наблюдениями ... Сидя в моей земляной куче, могу мечтать о чем угодно, о взаимопонимании тоже, хотя слишком хорошо знаю, что взаимопонимания не существует. *Ф. Кафка «Нора»*

... всегда радовалась возможности послушать чужие разговоры. И считала, что достигла настоящего мастерства в искусстве слушать, притворяясь, что вовсе и не слушает, и проживать крошечный кусочек жизни людей, ведущих рядом с ней беседу. ... Как чудесно было сидеть и наблюдать за всем происходящим! Словно смотришь спектакль в театре ... *К. Мэнсфилд «Мисс Брилл»*

Известный «наблюдатель»

... видел много, много слышал и пребывал самим собою как бы взвешенный в воздухе над широким течением событий. Факты проходили перед ним и сквозь него, задевали, оскорбляли, иногда – утрашляли. Но всё проходило, а он непоколебимо оставался зрителем жизни. *М. Горький «Жизнь Клима Самгина»*

«Тошнотный» Антуан завистливо и с чеховской брезгливой жалостью изучает поверх голов «трагически» бездумную толпу «других».

В одиночестве человек часто чувствует себя менее одиноким. *Дж. Байрон*

Праздный доморощенный «натуралист» жаждет приключений как лекарство от выжженной жизни:

... Когда живёте, ничего не происходит.

И счастлив случайным сполохам творчества

«Посторонний» Человек Сартра лелеет тронутое тленом «Я» на перекрестье «бытия-для-себя» – «не быть тем, что есть» и «бытием-в-себе»: тем, кто ты на самом деле Хайдеггера) без страданий понимания О.

Боль жизни гораздо могущественнее интереса к жизни. *В.В. Розанов «Уединенное»*

Почему он жил так смутно и нерешительно? ... на уединенную и безымянную форму существования обрекала его властная потребность в умении разрешать и вязать мир, что неприятно встречать в одиночестве: называется дух. *Р. Музиль «Человек без свойств»*

Жизнь груба и жестока. Никто не знает, зачем мы здесь и куда мы уйдем. Смирение подобает нам. Мы должны ценить красоту покоя. Должны идти по жизни смиренно и тихо, чтобы судьба не заметила нас. И любви мы должны искать у простых, немудрящих людей. Их неведение лучше, чем всё наше знание. Нам надо жить тихо, довольствоваться скромным своим уголком, быть кроткими и добрыми, как они. Вот и вся мудрость жизни. *С. Моэм «Луна и грош»*

... А раз мы собираемся жить одиноко и обходиться без общества, сделаем так, чтобы наша удовлетворённость или неудовлетворённость зависели всецело от нас; освободимся от всех уз, которые связывают нас с ближними; заставим себя сознательно жить в одиночестве, и притом так, чтобы это доставляло нам удовольствие. *М. Монтень «Об уединении»*

«Подпольный» герой Достоевского зависим от общества (в отличие от «сверхчеловеков» Свидригайлова или Карамазова): «человек без кожи» корчится от презрительной насмешки нахала маркера до последнего протухлого и угреватого чиновничкишки.

Скорее, ими не замечаем: контрастная беда персонажей Достоевского.

Вынужденно-добровольное «слова-руки-сиденье» сродни изгнанию, экзистенциальным страхом сближения и отчуждения.

... мнителен и обидчив, как горбун или карлик.

При этом

... постоянно считал себя умнее всех...

Окружающие не оправдывают «притязаний на исключительность», не разделяя «единственно верные» представления о жизни. Не нашедшему отклика остаётся

... постыдно проскользнуть в свою щелочку,

чтобы

сорок лет сряду ... припоминать до последних, самых постыдных подробностей свою обиду и при этом каждый раз прибавлять от себя подробности еще постыднейшие.

Подпольный человек... из «мечтателя» трансформируется в «великого грешника». *Ф. Достоевский «Записки...»*

Часы длиннее века в самокопании человека-минимума приносят горько-сладкие плоды: наполеоновская идея в подполье.

И она погрузилась чуть-чуть глубже в грязь и начала раздумывать о том, что одиночество – неизбежный удел гения ... *О. Уайльд «Счастливый принц»*

Самый могущественный человек стоит на жизненном пути одиноко. *Г. Ибсен*

Иногда, сравнивая себя с другими, вижу, что боги щедрее оделили меня ... под особым их покровительством, и мне обеспечено многое, чего не имеют другие ... никогда не бывал подавлен чувством одиночества ... *Г. Торо*

Репетитор Клима Самгина:

Человек свободен только тогда, когда одинок...

Самгин, хозяин ложных претензий, видит в О. нечто героическое. Образ окружён роем мотивов пустоты, призрачности, нереальности (сравним с «лихорадочным» дневником Рокантена):

Искали-искали свободы духа ... а свободой-то оказалась бесцельность, надменная пустота какая-то... ... сиротливая бравада своею самостоятельностью, свобода, обернувшаяся одиночеством. *М. Туровская «7 1/2, или Фильмы Андрея Тарковского»*

Отчуждённость означает свободу и независимость от досадного надзора и вмешательства в частную жизнь. В возбуждающей или утомляющей толчее нарастает безразличие к жизни и судьбе.

И среди тысячной толпы – ты одинок, и находясь с собой наедине – ты одинок. *Ч. Айтматов «Плаха»*

Хождение по магазинам – последний фольклорный обряд, который способствует созданию социума. *Дж. Баллард «Суперкашны»*

Автор Обзора советует отправиться на не вымерший пока рынок. Там многолетние больничные сидельцы обретали навыки общения со скучающими «фермерами» на практических занятиях группы самопомощи.

Уединение есть плата за обособленность в толпе – сборище чужих. Уединение самодостаточности как благо позволяет противостоять обезличивающему «люду» (das Man Хайдеггера).

Крах «жизненного проекта» в потере идентичности (была ли, как тот мальчик?).

Неинтересные, убогие люди боятся одиночества вовсе не потому, что общительны, а потому что оно раскрывает им собственную мизерность... Они прячутся от собственной ничтожности в толпу... *Ф. Горенштейн. «Разговор».*

Считали пульс толпы и верили толпе. Э. Мандельштам.

Масса – всякий и каждый, кто ни в добре, ни в зле не мерит себя особой мерой, а ощущает таким же, «как и все», и не только не удручен, но доволен собственной неотличимостью. *Х. Ортега-и-Гасет. «Восстание масс».*

Кстати.

М. Розанова называла интеллигентом («порядочным») – не сливающегося с улюлюкающей толпой и не очень этим гордящимся.

«Масса» легко (как брюки в шорты в известной кинокомедии) превращается в толпу.

Народ – сброд, толпа обезьян, что на подлость идёт. Послушна тирану... Так что есть народ? / – Да, сброд, если он за тираном идет! Но если за правду стоит он горой, стремленьем к свободе горит... Он герой! *Фирдолуси «Шахнаме»*

У коктейбельского дома-корабля доброго самаритянина Макса Волошина в очередной раз бушевала красная, белая или нейтрально серая толпа. Хозяин привычно предлагал: «Пусть говорит кто-нибудь один – со многими не могу». И прения кончались вничью.

Позитивные стороны уединения. С времён возрождения уединение – благо, способствующее осмыслению жизни, развитию личности [5, 20].

Паскаль отличал от О. «прелесть уединения» в открытии значимого существования и смысла жизни. Ситуация раскрытия способности применять свои силы, реализуя заложенные в нём возможности. *Э. Фромм*

Укрепление потенциала личности (Кьеркегор): время самоанализа и самопознания, восстановления психического равновесия и накопления энергии. Умение ценить себя: человек находит радость и удовлетворение в своих мыслях и занятиях; воспринимается («я – в замке король») творцом не только частной жизни, но сосредоточения на деле:

... польза уединения и достоинства общества легко согласованы и соединены друг с другом. *И. Циммерман*

Кульм индивидуализма привил уединение к погоне за успехом, а регламентированную встречу с семьёй и индейкой занёс в красный день календаря.

Составляющая самопознания, самоопределения и личностного роста, оказывает позитивное, конструктивное воздействие на психику [14].

Индивид наедине с собой может непосредственно приступить к поиску пути собственного бытия. *Н. Аббаньяно*

Желающий уединения полагает его полезным для психологической устойчивости с опорой на самоактуализацию, самосознание и самосовершенствование после удовлетворения насущных физиологических и биологических потребностей, по А. Маслоу, и как препятствие суицидоопасной депрессивной безнадёжности О.

С экзистенциальной позиции, определённый уровень О. неизбежен и полезен, способствуя радости жизни.

Уединение – резерв и условие самоактуализации личности и психологической устойчивости [13], восстановления физических и душевных сил, построения идентичности [15, 16, 20, 21] в динамическом балансе с социальными обязанностями. Индивид в итоге выбирает здоровое и устойчивое существование. *Н. Аббаньяно*

Уединение (самоизоляция) – духовный опыт, инициация, самопознание, самоопределение и «преодоление» «Я» испытанием пограничными, порой абсурдными ситуациями, трагических открытий себя; открывает глаза на суетность мира, внутреннюю опустошённость, подмену «Я» воображаемым образом для других.

Я отправился в лес, потому что хотел жить осознанно, сталкиваться только с существенными фактами жизни и посмотреть, смогу ли я усвоить то, чему она может меня научить, а не обнаружить, когда придёт время умирать, что я не жил. *Г. Торо*

Для М. Цветаевой смысл жизни в беспрестанном труде познания себя. Рутинная работа унижает и отвлекает от сверхзадачи:

Познай самого себя! Познала. И это несколько не облегчает мне познания другого.

Природа человека не принимает одиночество, испытывая потребность в общении, привязанности, связях с людьми, самоутверждении ... *Эрих Фромм*

... человек рождается с потребностью в контакте и нежности. *Ф. Фромм-Райхман*

Здесь примечательная пара снова вместе.

Уединение полезно взаимоотношениям – больше удовольствия от социальных взаимодействий после такого отдыха от них. *Дж. Кэмерон «Путь художника»*

Менее всего мудрец одинок в одиночестве. *Дж. Свифт*

Временное отречение от внешнего мира выбирает *Ното фабер* (человек творящий, делающий).

Один (верховный германо-скандинавский бог) отдал глаз ради мудрости и провисел на дереве де-

вать дней, приобщившись к силе рун. Означает отчуждение, отверженность, но и единичность.

Уединение – необходимое условие *творчества и самовыражения*.

Красота, подобно Мудрости, любит, когда ей поклоняются в одиночестве. *О. Уайльд*

... Художник считает свою изолированность, свою субъективность, свой индивидуализм почти святыми. Так в конце концов все мы собираемся в одном большом загоне, где стоим и блеем о вашем одиночестве, не слушая друг друга и не понимая, что мы душим друг друга насмерть. Индивидуалисты смотрят пристально один другому в глаза и всё же отрицают существование друг друга. Мы блуждаем по кругу, настолько ограниченному нашими собственными заботами, что больше не можем отличить правду от фальши, гангстерские прихоти от чистейших идеалов. *И. Бергман*

Галерея изгоев и мучеников гения предназначена.

... человек не то, чем он хочет быть, но то, чем не может не быть. *С. Моэм «Луна и грош»*

... как бы ни было противоречиво заключение судебного эксперта – пусть объявит причиной смерти Туберкулез, или Одиночество, или Самоубийство ... настоящего поэта-провидца, божественного безумца, который может творить и творит красоту, ослепляют насмерть его собственные сомнения, слепящие образы и краски собственной священной человеческой совести. *Дж. Д. Сэлинджер «Выше стропила, плотники!»*

Стоит ли хоть одна картина на свете – пусть даже величайшее произведение искусства, – чтобы за нее платить такой ценой? Что же такое, в конце концов, красота, ради которой люди готовы перенести столько страданий и даже пожертвовать жизнью, подобно святым мученикам, умиравшим когда-то за веру? ... спор между жизнью и искусством никогда не будет разрешен. *А. Кронин «Памятник крестоносцу»*

Красота – удивительное и недоступное, что художник в тяжких душевных муках творит из хаоса мироздания. И когда она уже создана, не всякому дано ее узнать. Чтобы постичь красоту, надо вжиться в дерзание художника. Красота – мелодия, которую он поет нам, и для того, чтобы она отозвалась в нашем сердце, нужны знание, восприимчивость и фантазия. *С. Моэм «Луна и грош»*

Он работал потому, что не мог не работать, потому что работа спасала его от душевных страданий и занимала его ум. Он мог обходиться без жены, без своего гнезда, без детей; мог обходиться без любви, без дружбы, без бодрости и здоровья; мог работать без твердой надежды, без самых простых удобств, без пищи; мог обходиться даже без бога. Но он не мог обойтись без того, что было выше его самого, что было его жизнью – без творческого огня, без силы вдохновения. *И. Стоун «Жажда Жизни»*

Таблица 1

Характеристики	Одиночество	Уединение	Социальная / физическая изоляция
Выбор	Вынужденное состояние, событие. Быть одинокими не в нашей воле. У. Оден Внутренний разлад, «кризис ожидания» (фрустрация) в связи с несоответствием уровней желаемого и реального социальных взаимодействий.	Осознанное добровольное избегание / прекращение межличностных контактов, общественной жизни. Относительно кратковременная (преходящая) ситуация с «добровольными» входом и выходом.	Вынужденное или (реже) добровольное состояние. Ситуационно обусловлено. Отсутствие (недостаток) социальных отношений или поддержки, солидарности, понимания; чувства социальной принадлежности.
Модальность эмоции / мотивации	Субъективное негативное (мучительное), сугубо индивидуальное переживание (опыт) отчуждения, безнадежность и разочарование в любой перспективе. Склонность к хронификации и углублению до клинического уровня (депрессия), СП.	Непатологическое сосредоточение на деле, предмете. Углубление самопознания, обогащение внутреннего мира; сосредоточение на творчестве. Регулируемое и контролируемое самовосприятие.	Навязанное извне, тягостное чувство отстранения, беспомощность, обида и раздражение, опустошенность.
Результат	Искажает личность. Возможны клинические формы «малогобаритного ада». Разрушительные медико-социальные последствия вплоть до суицида и Депрессия, суицид, агрессия, психосоматических расстройств Самолечение – употребление ПАВ, игромания. Может сопутствовать изоляции.	Возможность самопознания, обретения внутренней силы и независимости; необходимое условие творчества и самовыражения. Созидательное состояние самодостаточности творца, мудреца. Источник внутреннего равновесия и восстановления сил, признак зрелой мудрости и жизнестойкости. Может предшествовать, сопровождать, содействовать О.	Возможны клинические формы (депрессия), СП. Может содействовать, вызвать, усугублять О. Выученная беспомощность, рентное поведение.
Смысл	Форма вынужденного самовосприятия «Ты один». От О. бегут. Черта характера и / или психическое состояние. пребывание в себе, рефлексия, самолюбование, безысходность Отношение окружающих: стигматизация, осуждение, презрение, сострадание и протест. Люди ревнуют только к одному: О. Не прощают только одного: О. Мстят только за одно: О. М. Цветаева Негативная эмоциональная оценка.	Добровольное прекращение общественной жизни (уход в монастырь духа Ты един с Кем-то. предполагает выход. уравнение «всех удобств и благ общества» со «всеми преимуществами уединения». наслаждение положением, условия и катализатора творчества, самореализации, саморазвития при создании индивидуального пространства. компонент духовности. Отношение окружающих: зависть, непонимание, сочувствие: оберегая О., бережешь дар от Бога» или: «Покидающий тебя – друг, помогая оберегать бесценный дар О.». Суровое благо избранных. Безмятежность созерцания из благородных соображений.	Форма вынужденного самовосприятия в униженном контексте эмоциональная оценка необязательно негативная. связь с концепциями равенства, прав человека и социальной сплоченности с фокусом на барьерах осмысленно участвовать в жизни общества. Отношение окружающих: забвение, презрение, брезгливая жалость. Выход из состояния – при чудесных пертурбациях (воссоединение с ответственной племянницей, добровольцем, участие в Тюменской программе «Долголетие» с привлечением в интернет-портал

Измерение	ландшафт негативного уединения завершается духовным измерением. ощущение неподтвержденности бытия ...не измеряется милями, отделяющими человека от ближних. <i>Г. Торо</i> ...не имеет отношения к тому, много у нас знакомых или мало. <i>Э.-М. Ремарк</i> Возможна оценка в единицах качества жизни.	Возможна оценка в единицах качества жизни с позиций пациента, его близких. Социальная замкнутость, внутренняя или внешняя, как выражение убежденности в её необходимости, добровольный вход в ситуацию изоляции, из которой можно выйти в любой момент (как из сурдокамеры)	Поддается количественной оценке, наблюдению. Объективное (внешне обусловленное) отсутствие или мизерное количество устойчивых значимых связей с обедненной социальной сетью.
-----------	---	---	--

Двадцать два года В. Караваева («Машенька») играла перед любительской кинокамерой с самодельной Чайкой. Дата смерти неизвестна. Тревогу забили соседи, когда в доме случился потоп.

Уединение в отличие от неподъемного груза О. становится условием вдохновения и самовыражения. Губительный селевой поток оборачивается Ипокреной.

О. в имплицитных отношениях с концептом *творчество*, коррелирует с концептом *жизнь* [19].

Одиночество – хорошо. Оно питает творческий импульс. *М. Нордау*

В «метаутопии» Пушкина О. особое, достойное его таланта. Причина – божественное избранничество.

Судья: А кто это признал, что вы поэт? Кто причислил вас к поэтам?

... Бродский: Я думаю, это (растерянно)... от Бога... *Стенограмма писана тайком на коленке энтузиастаю.*

Творческое О. (уединение) можно любить, а душевное – приносит страдания. Субъекты поэт, пророк, странник, изгнанник в синонимических отношениях.

Для М. Цветаевой:

Любимые вещи в мире: музыка, природа, стихи, одиночество.

Но тягостна социальная изоляция («Расстояния, версты, мили...»), «Пригвождена к позорному столбу»).

У А. Ахматовой символами О. становятся луна и зеркало. Созвучно:

Только есть одиночество – в раме / Говорящего правду стекла. *В. Ходасевич*

О. – состояние осиротевшей души Б. Ахмадулиной и «подвиг», «сиротства высочайший ореол».

Уединение в рок-музыке – путь самопознания, обретения силы независимости:

медитативные композиции личного пространства покоя (Pink Floyd, Rainbow)

Характеристики, общие и особенные, О., изоляции и уединения в табл. 1

Характеристики, общие и особенные, О., уединения и изоляции (Части I и II Обзора).

Выводы

О. – физическое и психическое состояние (чувство) или черта характера в реальной или мнимой (обусловленной объективными или субъективными причинами) изоляции, кратковременное или длительное (пожизненно-экзистенциальное); амбивалентный феномен (внутреннее и внешнее негативные и позитивные О.), подразумевающий полутона, переходы и контрастные чувства:

человек как подданный господ-близнецов – удовольствия и страдания, власть которых простирается на все человеческие поступки. *И. Бентам*

Как сама живая жизнь.

То вся она – печаль, то вся она – приманка, / То всё в ней – блеск и свет, то всё – позор и тьма; / Жизнь – это серафим и пьяная вакханка, / Жизнь – океан и тесная тюрьма. *С. Надсон*

Кластер О. означает сложный, творческий, многоэтапный, эмоционально насыщенный процесс развития и трансформации внутреннего мира (самосознания) и жизни человека. Под «зонтиком» О. в научном обиходе и беллетристике вольготно размещены, помимо собственно О., уединение и социальная изоляция, тесно связанные, сопутствующие, но не взаимозаменяемые и не равнозначные. Особенности генезиса О. – не основание синонимичности качественно и количественно различных понятий в междисциплинарной точке пересечения философии, социологии, психологии и психиатрии.

Внутренне противоречивое и разнородное О. не сводится лишь к отрицательным коннота-

циям как набор потенциально суцидогенных негативных эмоций (депрессивные и экзистенциальные отчаяние, безнадежность, беспомощность).

Обосновано выделение форм О.: воспетое романтиками желание насладиться видом божественного творения (уединение) на лоне природы или в храме; болезненно-тягостного эмоционального состояния (О.) покинутости и отгороженности от мира и – социальная изоляция при объективном обеднении сети отношений и поддержки.

Рабочие гибкие критерии (табл. 1) позволяют выделить отдельные состояния с учётом эмоциональной окраски и длительности, ситуационной обусловленности, возможности объективной оценки, клинико-социальных и экономических последствий (как депрессия и/или СП) и бремени для человека, его близких и общества, определяющие лечебно-профилактические мероприятия (см. последующие части Обзора).

О., абсолютное, врождённое, сущностное, противопоставлено преходящим и приобретённым во благо или тлетворным уединению и социальной изоляции соответственно. Проблема О. в онтологических аспектах состояния («лишнего человека») и цели (духовного роста, жизнестойкости, легитимизированного «забвения»).

Среди неотъемлемых добродетелей О. свобода действий, сонастренность с собой и природой; рефлексивная перспектива и творчество. *О. Иоселиани*

Организм человека всегда будет нуждаться в О... Это не беда, а благо... как сон, О. восстанавливает силу для жизни, для труда... Но оно требует души, оно требует нравственной чистоты, так же как здоровый сон требует чистоты физической... *Ф. Горенштейн «Разговор»*

Классический труд [6] разделяет эмоциональную (собственно О.) и социальную изоляцию как компоненты О. в широком (консенсус) понимании. О. и социальная изоляция навязаны внешними обескураживающими обстоятельствами.

... пусть надлежащее состояние человека и не заключено в случайных и беспорядочных взаимодействиях с миром, но еще меньше исправляет он определенные его положением обязанности в случае варварского, упрямого отречения от общества. *И. Циммерман*

О. – изоляция, разрушительное, хроническое, вынужденное, противопоставлено О.-

уединению – благоприобретённое преходящему действию (процессу) и состоянию (положение дел).

Чтобы обнаружить социальную изоляцию, достаточны неравнодушные глаза, признавая «пытку О.» (*У. Оден*),

не надо быть карасем, чтобы понять, каково на раскаленной сковородке. *Японская пословица*

О. – состояние, когда связи ослабевают или осознаются как неполные; уединение – «дорога к себе», «вакантное место» для развития самости; приобщения к культуре и / или религии, то есть обретения целостности и единства с чем-то не равным себе.

Через одиночество рождается личность. *Н. Бердяев*

Уединение утешительно ищет истину.

О. и его составляющие не испытать в вакууме общения.

Если ты одинок, то полностью принадлежишь самому себе. Если рядом с тобой находится хотя бы один человек, то ты принадлежишь себе только наполовину или даже меньше, в пропорции к бездумности его поведения; а уж если рядом с тобой больше одного человека, то погружаешься в плачевное состояние все глубже и глубже. *Леонардо да Винчи*

Одинокий – не изолированный от всего. Одинокий – принимающий себя. *Н. Бердяев*

... без глупых не было бы умных, / оазисов – без Каракумов. *А. Вознесенский «Антимиры»*

Я – один, но «одиноким» меня не назовешь... «Одиночество, любовь, дружба» ... Я не пара. Я – один... для сохранения единичности мне необходима двоичность других жизненных форм... Если одиночкой становится некто другой, я становлюсь парой... из двух единиц получается двойка, и я уже не один... *У. Берроуз «Нова Экспресс»*

По М. Гаспарову, личность утверждается и подтверждается пересечением социальных связей.

О. прекрасно... когда есть с кем его разделить. *Г. Маркес «Сто лет одиночества»*

Я нуждаюсь в других, а они – во мне и в каждом человеке. *А. Камю «Бунтующий человек»*

Хрупкость и конечность бытия усиливает потребность в сближении и взаимопонимании. Человек обретает самобытное «Я» в неизбежном праве на абсолютно свободное толкование и прочтение другого / других. «Взирать в открытое», по Рильке. Коммуникация соединяет экзистенцию и разум. На глубоком уровне разум «проникает» в экзистенцию другого, а его разум – в твой.

... встреча с одиночеством ... делает возможной для человека глубокую и осмысленную включённость в другого. *И. Ялом*

В группах риска О. обострены потребность в самоутверждении, признании индивидуальной ценности.

Человек находит в мире другого как единственную действительность, с которой может объединиться в понимании и доверии. На всех ступенях объединения попутчики по судьбе, любя, находят путь к истине, теряемой в изоляции, в упрямстве и своеволии: в замкнутом одиночестве. *К. Ясперс*

О. как «пограничная ситуация случая» – экзистенциальный вызов, который через напряженное самопознание и поиск «смысла» ведет к формированию и обретению личности.

Все мы отбываем заключение в одиночной камере своего Я ... должен запереться в одиночестве, а для того, чтобы установить контакт с современниками, порвать всякие контакты с ними, и в этом есть что-то от безумия. *Т. Уильямс*

Смысл и пафос бытия раскрывают эмоциональные потрясения О.

Индивид осознается стоящим на своем месте с особым смыслом внутри целого. Он отличается от остальных, но составляет с ними одно в объемлющем их порядке. *К. Ясперс*

Не каждому дано.

Если бы воочию показать ужасные страдания и муки жизни, то нас объял бы трепет и ... понимание лучшего из возможных миров (*meilleur des mondes possibles*). *С. Кьеркегор*

Оптимист верит, что мы живём в лучшем из миров. Пессимист полагает, что так оно и есть. *Дж. Кейбелл*

Боль жизни гораздо могущественнее интереса к жизни. *В. Розанов «Уединённое»*

В жизни бывают такие минуты – страшные минуты, когда человек внезапно вылезает из своей скорлупы и видит мир, – и это ужасно. *К. Мэнсфилд «Чашка чаю»*.

... осознав своё одиночество, он почувствовал, что живой. А он не хотел быть живым. *Т. Капоте «Бриллиантовая гитара»*

Жизнестойкость одолеет грех уныния О.

... Ничего! Человека можно искалечить, но искусство все перетерпит и все победит. *А. Куприн «Гамбринус»*

Уединение как защита от депрессии и СП позволяет справиться с неблагоприятными ситуациями жизни – дистрессом микросоциального кризиса. У «закалённого» в передышке и бою («что не убивает, делает нас сильнее») меняются ценностная структура, отношения с миром при возможности гармонического личностного роста [13].

О. придаёт нам большую чёткость по отношению к самим себе и большую ностальгию по людям: в обоих случаях улучшает характер. *Ф. Ницше «Перемещение между «одиночествами»*.

Разграничение благоприятного уединения и вредоносных О. и социальной изоляции в управлении переходами между ними. Человек отдаляется, отрекается и возвращается к себе, «как будто он – другой и в другом месте» и вновь ищет «в себе».

Сосредоточение, самоидентификация с выявлением сущностных характеристик самости [9] позволят задуматься и о смысле бытия и добровольно вернуться более целеустремленным в прекрасный и безумный мир споров и союзов – страсть сильных и собранных умов.

В одиночестве каждый видит в себе то, что он есть на самом деле. *А. Шопенгауэр*

Уединение как ресурс творчества из поверхностных соображений и потворства желаниям, возвратит в общество в той же нравственной слабости. *И. Циммерман*

Перемещения между общением и уединением возможны в обе стороны.

В наши дни мыслить можно лишь в пустом пространстве, где уже нет человека. Пустота эта не означает нехватки и не требует заполнить пробел. Это есть лишь развертывание пространства, где наконец-то можно снова начать мыслить. *М. Фуко*

Экзистенциальный страх и счастье человека («кто-то кое-где у нас порой»), совсем недавно победившего неандертальца, но с переменным успехом борющегося с внутренним и внешним Драконами, а потому стремящегося вспять – в малообустроенную чащу-пустыню духа,

... в неспособности спокойно сидеть в одиночестве. *Б. Паскаль*

Человек социальный,

живя с людьми, не забывай того, что ты узнал в уединении. И в уединении обдумывай то, что ты узнал из общения с людьми. *Л. Толстой*

В Новом, возможно, не худшем, Году читателей «Суицидологии» ждет очередная часть Обзора, касающаяся пересечения симптомов О. с депрессией и СП и распространённости О. в городах и весях, социо-демографических и клинических группах риска.

Пока же под бой курантов пусть рядом с нами будет «некто» (как в дореволюционной задачке) и вдруг – не один – по душе.

В моей руке – какое чудо! – / Твоя рука. *А. Фет*

LONELINESS AND SUICIDAL BEHAVIOR. PART III: GARDENS OF SOLITUDE

E.B. Lyubov

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

Abstract:

Loneliness (hereinafter referred to as L) is associated with the risk of depression and suicidal behavior (SB), and is therefore of growing interest to public health worldwide. This next section of the conceptual review clarifies the typology of the L continuum, identifying operational criteria for partially overlapping social isolation and solitude as suicidal and anti-suicidal factors, drawing on literature.

Keywords: loneliness, solitude, social isolation, suicidal behavior

... Everyone is embraced by their own loneliness.
W. Auden "Loneliness"
 Loneliness, how overcrowded you are.
St. Jerzy Lec

In the 18th-21st centuries, loneliness (hereinafter referred to as L.) was considered a source of bliss or a dangerous disease; people spoke of a "S. epidemic" (see Part I of the Review). And not today.

Our time is the time of loners. *V. Shalamov.*

Five historical prerequisites of the clinical-social phenomenon can be analyzed from a cultural and sociological point of view.

Thus, the rejection of urban civilization and its side effects goes back to Petrarch and Virgil.

There was written on the wall of the Delphic temple: "There is no good in a multitude."

The admissibility and inevitability of L. are actualized with the rise of urbanization "society of strangers."

Solitude should be sought in big cities. *R. Descartes.*

The more strangers there are, the stronger the desire for L. – solitude.

Four-volume magnum opus (Latin: great work) of Johann Zimmerman, physician to George III and Frederick II (but he refused Catherine II) "On Solitude" ("Über die Einsamkeit") of the mid- 18th century [here and further cited from 1] became part of the literary circulation of a modernizing society as a continuation of the endless debate about the choice of a person's role in public life.

The half-forgotten eccentric Swiss is logically in demand, in his Review too.

The garden of English-language definitions indicates the uncertainty and ambiguity of the concept (continuum) of L.

Solitude is voluntary *or* forced isolation, detachment from the world, isolation "all by oneself." The physical absence of someone nearby without emotional coloring: "alone, but not lonely." There is loneliness in a crowd: no one to talk to. If you like L., it's solitude, not loneliness. The self-sufficient L. of a hermit, a lighthouse keeper, an unsociable proud person, a bachelor, a shift worker. Lonesomeness: despondency, depression, loss of spirit, longing for a loved one. Desolation – a stronger feeling of uselessness, abandonment, desolation: sadness, grief, hopeless despair – the loss of a loved one, widow, orphan. Singleness (syn. celibacy) – solitude, a monk's vow of celibacy. Alienation means detachment, alienation, remoteness. Disaffection – im-

partiality, indifference, loss of interest and affection for friends, lack of love. Estrangement – alienation, distance, withdrawal as a cause of relationship breakdown or hostility: the biblical conflict between son and father.

In early works and dictionary definitions L. is identified with solitude – condition rather beneficial (see below), if you don't get carried away excessively.

Confusion of terms "loneliness, being lonely, to live alone" has led to their interchangeability [2-5]. Temporary and situational L., grief with deep and elusive types of emotional accompaniment of alienation, isolation, solitude, solipsism are combined (see Parts I and II of the Review).

M. Gasparov explained the emergence of individualism, a kin of L., with the improvement in nutrition by the end of the 18th century: humanity acquired Byronic outcasts. L. is a peculiar excess, self-indulgence.

Confusion of the concepts of L., solitude and (social) isolation without distinction or conclusions about duration of experience or driving forces of search for solitude leads to conceptual and psychological losses. Identification ignores the special features and complexity of L.

The concept of L. implies classification and distinction from related categories (Part I of the Review). The course and direction of interpretation depend on the understanding of terminology.

In the scientific-romantic tradition, the problem of L. is in the ontological aspects of the state (the feeling of being "superfluous") and the goal (the result of the "inner spiritual growth of a person"; not finding perfection in the world, the hero withdraws into himself, the beloved-hated).

Types of L. as forms of being (self-awareness) are considered separately, since the satisfaction of the need for emotional L. does not serve as a counterweight to social L., and vice versa [6]. However, subjective L. unites the poles of voluntary "withdrawal" from society as a condition for the development and existence of the individual and negative experiences with the weakening of emotional connections with others, sources of inspiration and freedom, or the melancholy of alienation.

N. Berdyaev views L. not as absolute isolation, but as a special state, a source of suffering and a space for self-knowledge and spiritual growth.

At generalization of factual data types of L. are highlighted indicating the general and specific that prove more qualitative than quantitative lack of interpersonal connections (Parts I and II of the Review).

Social isolation. The objective state of the social environment and interaction patterns are linked with concepts of social belonging with a minimum number of significant relationships [7], capital and support [8].

Involuntary isolation (imprisonment) is tormenting for mischievous children ("corner") and adults. That's why it is invented.

Execution kills instantly, but life imprisonment kills slowly. Which executioner is more humane? The one who kills you in minutes, or the one who drains life out of you over the course of many years? *A. Chekhov "The Bet"*

In solitary confinement, when walking, you should change your shoulder / when turning, / so that the light from the light bulb in the hallway / falls alternately on your temples, / so that the pupil does not feel constricted. / This will not relieve melancholy, / but it will save you from dizziness. *I. Brodsky, Instructions for a Prisoner, February 14, 1964, prison*

E. Dantes, who was miraculously returned to the world and became a new man with a new name,

felt at times an irresistible desire to be alone. And where can loneliness be so boundless and poetic as on a ship racing across the sea desert, in the darkness of night, in the silence of infinity, under the eye of the Almighty? *A. Dumas "The Count of Monte Cristo"*

Robinson's inhabited island became a turning point in his life.

...complaining about what we lack comes from a lack of gratitude for what we have. *D. Defoe*

Political prisoners, with a firm conviction in the correctness of their choice and the support of like-minded people, did not experience L.

The new Siberian life of the Decembrists, the "failing" conspirators and the remarkable enlightener-humanists, is indicative.

Thus, in Yalutorovsk (now Tyumen Oblast) a model parish school was opened.

The only Decembrist who spent 20 years in the fortress, G. Batenkov, had almost forgotten how to speak, he learnt to prefer vegetarian food, was never denied wine, received books, and called a priest. In his notes and daring letters to the Tsar, "the orderly flow of his brainwork was occasionally interrupted."

Two of the 120 Siberian prisoners officially went insane, a quarter returned home under amnesty.

The terrorist N. Morozov spent twenty-five years in tsarist prisons. After his death at 92, the myth of the revolutionary scientist continued.

The frail murderer V. Figner's sentence was commuted to lifelong solitary confinement. She spent 20 years writing poetry and protesting the harsh conditions of her imprisonment. She died at 89.

"Loners" ("wolves") were especially respected in the criminal world, since love affairs weaken (remember Samson and Delilah).

After 10 years in a psychiatric hospital, a "healthy patient" is overcome by "persecution mania to the strongest degree." *A. Kuprin. "Mistake."*

Involuntary exclusion from society. Ostracism

The monologue "existence" (Dasein) by Heidegger is a solitude of the exile.

Ovid experienced boredom and melancholy in a foreign land, but on the wild island he was poetically resurrected. The disenfranchised renegade Dante sublimated himself to the joy of humanity.

Jonathan Livingston (*Richard Bach*) was subjected to the "circle of shame" and banished from the flock. It wasn't the L. that tormented him, but the fact that the seagulls refused to believe in the joy of flight, to open their eyes and see!

Crippled and having experienced a spiritual auto-da-fé, Abelard "closed the gates and windows of his eyes" (Jerome).

Isolation of a disease

David Vetter's "Pennsylvania bubble" was physical, mental, and social – a cage that protected the fragile inner world of immunodeficiency from the destructive outer world.

David was psychologically unstable due to a lack of communication and the hopelessness of his situation. Forced to maintain a false air of politeness, he increasingly became irritable and depressed, expressing his anger through impulsive actions.

In the cocoon of deafness, K. Tsiolkovsky lived on bread and water, dreaming of other worlds: "Deafness is a terrible misfortune, and I don't wish it on anyone. But I now recognize its great significance in my work, in connection, of course, with other circumstances."

L. Andreev's hospital chronotope and gallery of polar psychotypes of patients are noteworthy, which only partially explain the prognosis of the disease.

No one came to see him, and he was seriously ill, but he didn't feel lonely, as he had gotten to know not only all the sick but also their visitors, and he wasn't bored. Several times a day, he wished a recovery to the sick, wished a joyful and prosperous time to the healthy, and always had something kind and pleasant to say to everyone. *L. Andreev "Once Upon a Time"*

Let's compare: after six days of "non-existence of fainting" B. Akhmadulina in euphoria:

I happened to love all the hospital staff: the food server, who seemed righteous and delicious to me, the wise, dignified elevator operator, the kindly guards at the entrance. These confessions may seem unctuously idyllic or gratefully obsequious, but there is no malice in them. It is understandable that, awakening from such a deep swoon, the patient feels an equally profound sentimental good nature, a tenderness for the world and its inhabitants. From a letter.

Living alone is a typical option of social isolation: the close people spend all day out of home. The matter of saving a single person is his personal matter.

In Russian, there is no exact equivalent of "aleness" to describe the experience of being alone without the tedious L.

"This is how I've been lying, sir, for seven years now. In the summer, I lie here, in this wicker hut, but when it gets cold, they move me to the dressing room. There I lie... *I. Turgenev "Living Relics"*

L. as social isolation is common in the elderly [9-11], a typical risk group for L. (see the following parts of the Review).

The old age is loneliness. Everything around you is unfamiliar, even you yourself, with these disgusting signs of wear and tear, are a stranger to yourself.... E. Schwartz.

Solitude, or positive internal ("proud", "conscious") L. [9, 12-14].

Epictetus distinguished L. from solitude: a lonely person cannot establish communication or is defenseless against their hostility; a solitary person is able to talk (remain) with himself.

Transcendentalists (Emerson) ascribed positive and negative characteristics to L. and solitude, respectively. The transformation of alienated L. into solitude for the realization of creative abilities.

Usually a short, unique respite, a "recharge" in anticipation of a creative surge.

I am neither an ascetic nor a villain, / But once a week without people – / Such a bath for the soul. S. Cherny

A Jewish single mother of many children (such mothers do exist) left them at a prearranged hour ordering not to enter the closed room. The brave children nevertheless peeked in. She was sitting there with a slice of pie hidden from the family: "Shah, children, I'm making you a happy mom". *From the Internet*

Hobbies (philately, embroidery, fishing, gardening) are invented for distraction and unification by interests [1].

Academician Sretensky performs a religious rite with toy soldiers and is proud of the praise he receives for his cotton-padded toy army. From the film "Monologue." USSR, 1972.

A bored suitcase maker, who loved to talk about the "something scientific," would come to see D. Mendeleev, who found relaxation in making suitcases.

Instead of deprivation, there's a fertile opportunity for fruitful discoveries and self-development. Even the most ardent humanitarians seek temporary oblivion "far from the madding crowd."

Solitude... is more reasonable for those who have already given the world their most active and flourishing years... We have lived enough for others; let us live at least the rest of our lives for ourselves. Let us focus all our thoughts and intentions on ourselves and our own well-being! M. Montaigne "On Solitude: Essays"

External, physical solitude – in a deserted space without support or communication, with *the conscious* acquisition of useful social experience of survival (not death). A source of restoration and meaning in life.

We live and dream alone... J. Conrad

"Normal" *voluntary* state of mind [15-17], beneficial, if you don't get carried away excessively.

Solitude is *an action* (process) that is associated with *physical removal*, isolation; a *state* (condition) of being in the absence of others. The condition is an objective, usually short-term stay in a special place ("strangers don't come here").

There will be an eternal polar day! North, freedom, hope. A country without borders. / Snow without mud is like a long life without lies. / ... He who did not believe in bad prophecies, / Who did not lie down in the snow for a moment to rest, / As a reward for his loneliness / Must meet someone! V. Vysotsky "White Silence"

You can be alone without suffering from L. For a while.

"The Fight of the Moose" or "The Kamchatka Bears" were reprinted abroad as classics. ... I always traveled alone and was the first where others had not been (spoiler: "Who wants to be alone in trouble?"). A superman from the capital, flattened by a heart attack, escapes the temptation of a three-barreled shotgun and is saved by kind aborigines. N. Plotnikov "The Route of Eduard Rainer"

You can make nails out of these people. An acquaintance of the author of the current Review, along with a small group of like-minded individuals, was blazing a ski trail, preferably in a snowstorm, on the Kola Peninsula. When naively asked about the nature, he informed: "70 kilometers a day".

Alain Bombard (*Overboard of His Own Free Will*), abandoning fellow travelers who were potential suicide attempters, crossed the Atlantic in 65 days in a flimsy inflatable boat without food or water, proving that it is not thirst that destroys shipwreck victims, but unquenchable fear.

A nomadic or hunting lifestyle requires long and frequent periods of solitude: people adapt to isolation as an inevitable part of life.

The steppe is vast, and the man is small. The steppe is indifferent, it doesn't care whether you're doing well or bad, accept it as it is. But man cares about the world, and he's tormented, languishing, it seems as if somewhere else, among other people, he would have had better luck, but here, by a mistake of fate, he finds himself... Ch. Aitmatov "The Stormy Halt"

The internal emigration of a "scourge" ("a former intelligent person") in the geological "wrong" party saved more than one human being from self-destruction and repression.

The dictionary of L. and solitude indicates the multifaceted nature of the subject.

Escapism (Latin: "to run away") is a mirror of the era and a means of self-help.

I'm fed up, up to my chin. / Even songs have become tiresome. / I'd like to lie on the bottom, like a submarine, / So that they can't locate me. V. Vysotsky

A way to relieve the pressure of everyday life and restore emotional resources: relaxation, developing imagination and creativity, new roles and safe situations. Adherents of "inverted Crusoeism" (Robinson Crusoe-like theories) choose life on a lost island, as distant as a dream.

Islands in the ocean. A typical scene in the subway, an inexhaustible source of social experience: the driver's announcement of a "car heading to the depot" is perceived by a third of passengers outside the smartphone bubble.

...Or in a typical "human anthill":

The more boring and empty life in the high-rise became, the more opportunities opened up. The buildings removed the need to suppress antisocial behavior and allowed people to explore any abnormal impulses and whims. Protected by the high-rise building's shell, like passengers on an airliner under autopilot, residents could behave as they pleased – thus opening the door to truly "free" psychopathology. *J.G. Ballard "The High-Rise"*

The open city is madly tenacious... / Am I drunk from the closed doors? / And I want to moan from all the locks and paper clips... *M. Gasparov*

Downshifting is a choice between income and stress, and the spiritual comfort of hobbies or family. A protest against the ideals of consumer society with its denial of personal development (according to Marx, the third degree of alienation: "from human essence"). See "*escapism*".

Most people...lead lives that circumstances force upon them, and although some are melancholy...accept their lot, if not serenely, then resignedly. *S. Maugham "The Taster of Nirvana"*

Twenty-five years of happiness in a quiet backwater, where nothing disturbed the tranquil existence of some idle dreamer. A desperate attempt to reverse fate by building a personal paradise ahead of schedule ends in ruin and self-poisoning by carbon monoxide. Despite the desperation of the situation, he "lacked the determination": he lived out six years in a quiet delirium with well-wishers, amidst the beauty that struck him to death. *Ibid*

G. Sterlingov wanted to become a governor, but in the village he raises highly environmentally friendly, expensive livestock, speaks out against megacities, and has turned from a billionaire into a millionaire.

Hikikomori (Jap. "to retreat" + "to be inside") – NEET youth (those without work or education) voluntarily isolating themselves from social contacts for at least six months; this is more of a clinical diagnosis (depression) than a socio-cultural phenomenon.

A hiki's life is improved by the love of a pizza delivery girl. (*Film "Tokyo!", France, Japan, South Korea, Germany. 2008*). The cast highlights the globalization of the problem.

A recluse makes friends online, which is unsurprising, but he's completely satisfied with it. *Kevin Kuhn. "Hikikomori" in Russian translation (2017)*.

The precarious balance between withdrawal and relapse hinders escape from real-life problems, a one-way ticket. The virtual world of "illegal substances" and video games becomes the matrix of life.

Transcendentalists and existential philosophers considered solitude beneficial for creativity, in contrast to the pernicious L.

J.J. Rousseau, prone to depression, was drawn to the forest refuge.

Henry Thoreau (27), captivated by transcendentalist ideas, conducted an auto-experiment involving partial isolation and concentration by a lake for two years,

two months, and two days, gardening, fishing, reading classics, swimming, rowing, interacting with his neighbors as the master of the pond. He showed his contemporaries how to live happily apart from society, satisfying natural needs through one's own labor. He countered the Industrial Revolution and the emerging consumer society with solitude, self-sufficiency, contemplation, and closeness to nature. *Walden, or Life in the Woods (1854)*, a cult book for the 20th-century environmental movement, was received ironically and coolly by his contemporaries. Robert Stevenson called "escape" cowardice.

The hermit – his prayers and contemplative life in the sacred darkness of a cave or the solitude of a hermitage – are invisible to society, which needs visible virtue [1]. In our serene era... the truly strong virtue is that which boldly overcomes obstacles, and not that which flees from them... *I. Zimmerman*

The motif of protestant L. became the starting point of Thoreau's transcendentalist "pure line", retaining the charge of romantic utopianism and social-ethical optimism and giving rise to projects of "collectivism" with a communal lifestyle, supposedly preserving external and internal independence [1].

Henry Thoreau's man is a self-sufficient biological and social being who lives independently of society and God. Self-sufficient, he immerses himself in solitude, as if in a quiet pond, not knowing the torments of the "real" L.

Why should I feel lonely? Isn't our planet in the Milky Way? ... I am no more lonely than a mill stream or a weather vane ... or the first spider in a new house.

In the coveted, comfortable, and personally enriching solitude, Thoreau found a spiritual treasure of self-knowledge, "rebirth" of the soul in the bosom of nature.

...Society, even the best, soon tires and distracts from serious thoughts. I love to be alone. There is no companion so pleasant as solitude. We are often lonelier among people than in the quiet of our own rooms. ... *G. Thoreau "Walden: Life in the Woods"*

Let's compare:

I don't see anything abnormal in L. I'm fine alone. People greatly exaggerate the importance of love. It's not always so important. The same applies to life – its importance is also exaggerated. *E. Warhol*

Thoreau's transcendental escapism is a liberation for unity with the universe, an approach to the "transparent eye." Solitude connects one to the harmony of the cosmos.

The hussar-schemamonk of Ilf and Petrov would argue:

Life, just as it had been twenty-five years earlier, was dark and mysterious. Escape from worldly anxieties was impossible. Living with the body on earth and the soul in heaven proved impossible.

– when you have to take out the trash because there are piles of it in the house and no one else can take it out. *B. Pitt*

But

Whoever talks about strength of spirit – a nail in a boot will hurt your soul. *A. Herzen*

D. Diderot would not agree.

Modern takes on this uplifting theme:

A man called Karl hits a baby rabbit with his car and goes off into the woods with his new friend. The technical problem – deleting himself as a taxpayer in the national database – is solved. *"A Year of the Hare", film Finland, 1977*

Christopher Knight (60), the "North Pond Hermit", lived in the woods for 27 years, committing 1,000 thefts for food and comfort. When arrested, he was clean-shaven and had a short haircut. He kept himself entertained by listening to political programs and rock music. His biography "I eat silence with spoons" was written by M. Finkel (2021).

Colin Wright, author of *The Simple Life*, after making a successful real estate investment in the US, bought land in prosperous New Zealand in search of a more natural life.

A dissident neighbor (in the real world, a conscientious accountant) would go into the woods at dawn on the day of the Soviet elections with a knapsack of abundant food and return victorious after the polling station were closed. The female agitators, who ensured a 96% turnout, would hopelessly hang up on him.

So.

To live on a bare peak, / To write simple sonnets... / And to take from people down below / Bread, wine, and cutlets. *S. Cherry "Two Wishes"*

Solitude for two (not to be confused with "madness for two").

Love is selfishness for two. *A. de Staël (?)*

Every day it becomes more and more difficult for me to understand how others can live if they are not Gala or Salvador Dali. *S. Dali "From the Diaries"*

Gumilev allegedly told his wife: "Be quiet. When you're silent, you're twice as beautiful."

– How can people sit together in a restaurant and not say a word to each other? – It's a married couple. *"Two on the Road," UK-USA film, 1967*

An ideal husband understands every word his wife doesn't say. *Alfred Hitchcock*

Understanding is tacit:

Silence is the most reliable response to contradictions dictated by insolence, vulgarity, or envy. *I. Zimmerman*

...as well as hostile alienation (*L. Andreev "Silence"*).

Let's compare:

They walked side by side – two worlds of feelings and concepts, incapable of communicating. *In Golding "The Flies' Conqueror"*

When we look at each other, two different worlds are reflected in the pupils of our eyes. *M. Bakhtin "Author and Hero"*

"Hell is Others. "Sartre's play *"Behind Closed Doors"* concludes with a reference to Camus. Three people in a minimalist, infernal room languish from fruitless communication.

There is a limited number of souls and an unlimited number of bodies in the world. *M. Tsvetaeva*

Solitude of spiritual contemplation is a voluntary choice for spiritual growth and self-knowledge, reflection, renunciation of worldly goods as part of a vow and the establishment of connections with the spiritual world.

Strangeness and community – that's the essence of human existence; all of a person's religious life revolves around this. *N. Berdyaev "Self-Knowledge"*

Otherwise, there is the misfortune of life imprisonment.

D. Diderot in "The Nun" described the torment of an involuntary nun in a "cramped and dark dungeon" on a mat half-rotted from dampness.

The exile of unwanted royal wives to monasteries meant civil execution.

Solomon Soburova, "with a torn heart... dons the monastic habit not by choice, but under duress, and calls upon God to avenge such injustice." *S. Herberstein "Notes on Muscovy"*

Monasticism confronts L. in finding spiritual support and community within a religious community. The spiritual tradition, in the shaky darkness of the prayer house, contemplates Being, the essence of which is immutable purity, infinite goodness, and perfection.

Her face was now impassive, expressionless, cold and pale, transparent, as if it was water, not blood, that flowed through her veins. But two or three years ago she had been plump, rosy-cheeked, talking about suitors, laughing at the slightest trifle... *A. Chekhov "Volodya the Big and Volodya the Little"*

... I'll become a novice for now, then maybe I'll decide to take the tonsure... May God give me the strength not to answer me – it's useless to prolong and increase our torment... *I. Bunin "Clean Monday"*

The conditions of revelations of self-knowledge of St. Augustine (*Confessions*) are external (solitude) and internal (self-immersion distanced from all accidents) L.

L. was more suited to indulging in tears.

Tikhon advises the conscientious sinner Stavrogin to become a novice.

Withdrawal from the world is the theme of medieval epic songs and exempla of edifying parables. A monk dies surrounded by his brethren so as not to be alone in the afterlife.

Along with the cautious endorsement of religious solitude, there is growing public interest in the "superstitions" of the Catholic churches.

If the heart is pure, the spirit is alert, and the mind is cultivated, then temporary isolation from a wide and even close circle of companions will improve the virtues of the mind and lead to happiness; but if the soul is corrupted and myriads of vicious images and desires swarm in the diseased imagination, then solitude will serve only to strengthen and aggravate evil; allowing the mind to cherish its wild and harmful designs, it will become the midwife and nursemaid of perverted and monstrous ideas. *I. Zimmerman*

The moral authority of the hermit (Fromm) seemed unshakable: they knew who would decide life and death.

Jesus's forty-day fast ("quarantine") after his baptism. A drama of moral choice. See *I. Kramskoy "Christ in the Desert"*

No one can find God except in solitude, for God Himself is alone and solitary. *Cardinal Bona, 17th century.*

Simeon Stylites, the pioneer of the "new form of asceticism," spent 37 years fasting and praying, yet still found time and space for prophecy and healing. In the apocrypha, food is brought to him in a basket.

The vow of silence (Trappists) prevented communication, but left the hands free for work and the sign of the cross.

The holy fools played the role of the city's madmen with cunning and talent, like the ancient Greek sages.

The Desert Fathers (St. Anthony, the founder of hermit spiritualism) and their medieval followers were like icons to be admired, glorified, and imitated.

settled in the harsh desert, / in the thieves', impassable places / (quoted by *I. Bunin. The Wanderings*).

In Russian of the 11th-12th centuries, *lonely* means standing separately, apart; cf. *enoch*.

The hermits of antiquity lived in communion with God, dwelling in the most populous world, the spiritual world... The first need of man, be he a leper or a convict, an outcast or the infirm, is to find a companion in fate. Thirsting to satisfy his feelings, man squanders all his strength, all his power, all the ardor of his soul. Were it not for this all-consuming desire, would Satan have found accomplices? *O. Balzac "Lost Illusions"*

Critique of fanaticism in the rational urban culture of the late 18th century: the rejection of convenience and communication is a perversion of human reason and a rebellion against its nature as a product of a false understanding of service to God.

Petrarch (*On the Solitary Life*) debated with early and pre-Christian authorities:

... always sought a solitary life... to escape from these perverted minds that had lost their way to heaven.

Religion, if not abused to conceal borderline situations, allows one to remain in the world and avoid suicide. But then it forces one to leave the world while still in it: asceticism, flight from the world, withdrawal from the world in the endurance of one's existence, actions without the desire to exist. *Karl Jaspers "Philosophy"*

How far were these madmen, who are considered the guiding stars of the new church, from understanding human nature, if they used their knowledge to turn out of themselves and their proselytes everything unnatural and impractical. *I. Zimmerman*

Truly, in some recluses and especially zealous anchorites, there is more ambition and a desire for empty glory than in the most open and conspicuous actions: ambition exists not only in public places and on solemn

occasions, but also at home and in the inner life; recluses are not so secluded as to fence themselves off from this insidious spirit – vanity. *J. Evelyn*

Disgusted by the sinfulness and stupidity of humanity, the misanthrope flees it, becoming a hermit in a cave. While hatred burns in his chest, he finds satisfaction in L., but time will heal the wounds. He realizes the monotony of existence, and his heart is filled with a painful boredom. His love for society is revived, and he yearns for peace. He gazes indifferently at the splendor of the sunset, unable to prevent his spirit from collapsing. *M. Lewis*

The lifestyle has not lost its charm of extreme experience. There are some benefits in such state of mind: to reflect on ways to achieve happiness and the meaning of life, to evaluate actions.

The Solitude of Loss is in tune with negative external L., but only in the case of "natural," relatively short-term self-limiting grief. Death is just a great distance.

... all of us, living together on earth for a certain period of time and experiencing all earthly joys and sorrows together, seeing the same sky, loving and hating the same things in the end, and all condemned to the same punishment, the same disappearance from the face of the earth, should have felt for each other the greatest tenderness, a feeling of tearful closeness, and should simply cry out in fear and pain when fate separates us, having every opportunity to turn any separation, even ten minutes, into eternity. *I. Bunin "The Distant"*

Solitude is a possible hypostasis of "depression for two." In ICD-11, "protracted" grief is lumped together with clinical depression.

After the death of their only son, the elderly couple locked themselves in a room converted into a memorial with ever-burning lamps and photographs, and for years received help from a social worker through a special window, like in a prison cell. *From the Internet*

In the "normal" grief of loss, solitude is soul-saving [18]. The chilling sadness is forever.

Every touch is pain. And life consists of touches, because there are thousands of threads, and each one is torn from the living, from the wound. At first, I thought: when all the threads, the tiniest and most delicate, are broken, then peace will come. But now it seemed that this would never happen, because the threads are countless. Every object, every familiar person, every thought and even every word, everything, everything that exists in the world, is connected to him by a thread. Is life enough?.. *Yu. Trifonov "Another Life"*

In the lives of Zimmerman and Montaigne there are the deaths of wives, children, and friends.

It will not sadden anyone / That Lucy is no more with us. / But Lucy is no more with us – and that is why / The world has changed so much. *W. Wordsworth*

There are fewer and fewer living people in the phone book, / A deadly scythe rings in the ears, /... Now about what was left unfinished, / The beeps sound like ellipses. *V. Gaft "On the Death of Alexei Gabrilovich"*

This sounds consonant.

Petersburg, I still have addresses, / Where I will find the voices of the dead. *E. Mandelstam*

Poems and prose "From the horizon of solitude to the horizon of all people" about the hopeless grief of Eluard, overcome by the sin of despair:

Let me judge for myself what helps me live: I give hope to the tired...

Abelard suffers in separation from Heloise, but in solitude he finds a saving seal from the temptation of vices and the loss of freedom of the soul.

Over the years, grateful solitude – the reconciliation of a slow departure, "according to Ryazanov" – turns into a self-sufficient solitude – the isolation of a "winner":

The vanity of old age! The pride of Methuselah! To outlive them all. To win the great marathon of life: all who began this race with him, who mocked him, harmed him, joked about his failures, sympathized with him and loved him – they all dropped off the track. And he still runs. *Yu. Trifonov*

In his later years, I. Krylov received only friends. He spent his time reading and reflecting in self-imposed seclusion, as if preparing for his transition to another world.

Friedrich II and A. Delon died surrounded by their faithful dogs, their last patient listeners. "The Cat Lady" B. Bardot (91) died on the day this text was completed; she loved stray animals more than people.

Evidence of the old age (wisdom?) of the soul is a certain marginal energy-saving cooling of interests and contacts ("only one's own"), partially echoing a latent depressive anhedonia.

On Solitary Self-Sufficiency, or the Humble Cemetery of the Spirit of L.

"The Idiot" in Athens as a private individual, a commoner, lived apart from public life just for himself (oh, the horror!). It's no coincidence that 'idiot' is a swear word.

I flit from perch to perch / In a cage that grows ever smaller. / Its door is open, wide open. *Julia Illiesch*

A forgotten idol of Moscow theater / And our mistress is resurrected. *N. Zabolotsky. "The Old Actress."* The life of a Moscow lioness (old age is a woman's hell. *La Rochefoucauld*) Garin J. in the remains of antique furniture and photographs ... the key to the apartment is with a vigilant grandson. A withered old woman reclines in silence, reading poetry or old roles aloud.

...went to bed, smiling in anticipation of the morrow: what will God send me to rewrite tomorrow? Thus flowed the peaceful life of a man who, with a salary of four hundred rubles, knew how to be content with his lot, and might have continued, perhaps, into old age, if... *N. Gogol "The Overcoat"*

A widow (61) lives in a cozy apartment (two rooms and a kitchenette). "Her circle of interests was narrow, she had no friends, and her forays usually went no further than the grocery store on the corner. The other tenants apparently simply ignored her... she kept the two rooms spotlessly clean, smoked a cigarette from

time to time, cooked, and tended to her canary." *T. Capote "Miriam"*

...I don't want to respond to anything. Never before have I felt such a longing for solitude. When I escape the city for a long time to the countryside, I unplug from the power outlet – I live without power. I am guided by emotions: looking back on my long life, I see that it was precisely emotions that occasionally compelled me to do the right thing. The dictates of the soul are more precise and purer than the imperatives of reason. *I. Metter "The Fifth Corner"*

That is:

...Whoever is capable of neglecting the duties imposed upon him by friendship and good relations, and of erasing them entirely from his memory, let him do so! But he must beware lest, in these hours of decline, which render him unnecessary, burdensome, and tiresome to others, he also become a burden to himself, as well as burdensome and unnecessary. *M. Montaigne "On Solitude"*

The existential "death" [19] of the underground hero in a conscious burial alive as in Chekhov's "case" of protection and the vanity of any aspirations and efforts.

Is it possible to be happy and lonely? Let's ask, following *A. Camus*

Shchedrin 's "The Wise Minnow" "One Hundred Years of Solitude" brought a sound thought to him in the cold and hunger of a dark hole: "... to continue the minnow family, first of all, a family is needed...".

Same for all times.

...in complete solitude, absolute isolation... like a gypsy, he lives on the edge of a world alien to him, deaf to his music, indifferent to his hopes, his sufferings, or his crimes. *J. Monod*

For Sartre, the "Wall" signifies inevitability, insurmountability, doom, depriving one of freedom.

Feeling safe in this isolated refuge, he spent the workday protected by the life jacket of detachment. If necessary, he could repel an attack on his privacy with a precisely aimed dart of poisonous irony. *S. Nuland "The Doctors"*

The choice of exclusion is temporary, but it is also forever. Let the colorless lashes of algae come to life in "forty years," revealing their dormant "exceptionality."

The desire for communication and mutual sharing of feelings counteracts disappointment in a disharmonious universe.

But only to the lonely proud man

...like the last eye to a blind man walking. *V. Mayakovsky "A Few Words About Myself"*

in the existential tossing and turning, the path to the truth of his being is comfortingly indicated over the abyss of L.

Maddening loneliness, deception, and being alone in the world ached sweetly in Alexei. *A. Bitov "The Garden"*

The worldview is spiced with ersatz fantasies.

He invented his own adventures and made up his own life, just to get by somehow. *F. Dostoevsky "Notes from Underground"*

... I want to say goodbye to everything around me, descend into my dungeon and never emerge from there, let events take their course and not delay them with useless observations... Sitting in my mound of earth, I can dream of anything, including mutual understanding, although I know too well that mutual understanding does not exist. *F. Kafka "The Burrow"*

...she always enjoyed the opportunity to eavesdrop on other people's conversations. And she believed she had truly mastered the art of listening while pretending not to listen at all, and of experiencing a tiny slice of the lives of those engaged in conversation around her. ...How wonderful it was to sit and observe everything that was happening! Like watching a play in the theater... *K. Mansfield "Miss Brill"*

The famous "observer"

...he saw much, heard much, and remained suspended in the air above the vast current of events. Facts passed before him and through him, touching him, insulting him, and sometimes frightening him. But all passed, and he remained an unwavering spectator of life. *M. Gorky "The Life of Klim Samgin"*

The "nauseous" Antoine enviously and with Chekhov's disgusted pity studies over the heads of the "tragically" thoughtless crowd of "others".

In solitude a man often feels less lonely. *J. Byron*

The idle home-grown "naturalist" craves adventure as a cure for a life of emasculation:

...When you live, nothing happens.

And happy with random flashes of creativity

The Camus' "Stranger" nurtures the decay-touched "I" at the crossroads of "being-for-itself" – "not to be what you are" and "to be one-in-himself": who you really are (Heidegger) without the suffering of understanding L.

The pain of life is much more powerful than the interest in life. *V.V. Rozanov "Solitary"*

Why did he live so vaguely and hesitantly? ... He was condemned to a solitary and anonymous existence by the overbearing need to be able to resolve and bind the world, which is unpleasant to encounter alone: it is called spirit. *R. Musil "The Man Without Qualities"*

Life is harsh and cruel. No one knows why we are here or where we will go. Humility befits us. We must appreciate the beauty of peace. We must go through life humbly and quietly, lest fate notice us. And we must seek love from simple, uncomplicated people. Their ignorance is better than all our knowledge. We must live quietly, be content with our modest corner, be meek and kind like them. That is all the wisdom of life. *S. Maugham "The Moon and Sixpence"*

...And since we are going to live alone and do without society, let us make our satisfaction or dissatisfaction depend entirely on ourselves; let us free ourselves from all ties that bind us to our neighbors; let us force ourselves consciously to live alone, and in such a way that it gives us pleasure. *M. Montaigne "On Solitude"*

Dostoevsky's "underground" hero is dependent on society (unlike the "supermen" of Svidrigailov or

Karamazov): the "man without skin" writhes under the contemptuous mockery

the impudent marker to the last rotten and pimply bureaucrat.

Rather, we don't notice them: the contrasting misfortune of Dostoevsky's characters.

The forced-voluntary "sitting with folded hands" is akin to exile, an existential fear of rapprochement and alienation.

... suspicious and touchy, like a hunchback or a dwarf.

At the same time

... constantly considered himself smarter than everyone else ...

Those around you don't justify your "claims to exclusivity" by not sharing the "only true" ideas about life.

Those who don't find a response are left with

...to shamefully slip through your crack,

to

recall his offense down to the last, most shameful details for forty years in a row... and at the same time each time to add even more shameful details.

The underground man... transforms from a "dreamer" into a "great sinner." *F. Dostoevsky "Notes..."*

Hours longer than a century of self-examination by the minimal human bear bittersweet fruit:

Napoleonic idea underneath.

And she sank a little deeper into the mud and began to think that loneliness is the inevitable lot of genius... *O. Wilde "The Happy Prince"*

The mightiest man stands alone on life's path. *G. Ibsen*

Sometimes, when I compare myself with others, I see that the gods have endowed me more generously... under their special protection, and I am provided with much that others do not have ... I have never been overwhelmed by a feeling of loneliness... *G. Thoreau*

Tutor Klim Samgin:

A man is free only when he is alone....

Samghin, a master of false pretenses, sees something heroic in L. The image is surrounded by a swarm of motifs of emptiness, illusoryness, and unreality (comparable to Roquentin's "feverish" diary):

They searched and searched for freedom of spirit... but freedom turned out to be aimlessness, some kind of arrogant emptiness...

... an orphaned bravado of one's own independence, freedom that turned into loneliness. *M. Turovskaya "7 1/2, or the Films of Andrei Tarkovsky"*

Alienation signifies freedom and independence from annoying surveillance and interference in one's private life. In the midst of a stimulating or tiring crowd, indifference to life and fate grows.

And among a crowd of thousands, you are alone, and when you are alone with yourself, you are alone. *Ch. Aitmatov "The Execution Block"*

Shopping is the ultimate folklore rite that contributes to the creation of society. *J. Ballard "Supercannes"*

The Review's author recommends visiting the still-living market. There, long-term hospital inmates learned how to communicate with bored "farmers" during self-help group workshops.

Solitude is the price of isolation in a crowd – a gathering of strangers. The solitude of self-sufficiency as a blessing allows one to resist the depersonalizing "people" (Heidegger's 'das Man').

The collapse of the "life project" in the loss of identity (was it like that boy?).

Uninteresting, miserable people are afraid of loneliness not at all because they are sociable, but because it reveals their own insignificance to them... They hide from their own insignificance in the crowd... *F. Gorenstein "Conversation"*

They counted the pulse of the crowd and believed the crowd. *E. Mandelstam*

The masses are each and every one who does not measure himself by a special standard, either in good or in evil, but feels the same as everyone else, and is not only not depressed, but is content with his own indistinguishability. *X. Ortega y Gasset "The Revolt of the Masses"*

By the way.

M. Rozanova called him an intellectual ("decent") – someone who doesn't blend in with the booing crowd and isn't very proud of it.

The "mass" easily (like trousers turning into shorts in a famous comedy film) turns into a crowd.

The people are a rabble, a crowd of monkeys who resort to meanness. Obedient to the tyrant... So what are the people? / – Yes, they are a rabble if they follow the tyrant! But if they stand up for the truth, burning with the desire for freedom... They are a hero! *Firdolusi "Shakhnameh"*

Outside the Koktebel houseboat of Good Samaritan Max Voloshin, a crowd of red, white, or neutral gray once again raged. The host habitually suggested, "Let someone speak – I can't speak with too many." And the debate ended in a draw.

The positive aspects of solitude. Since the Renaissance, solitude has been considered a blessing, contributing to a better understanding of life and personal development [5, 20].

Pascal distinguished himself from L. "*the charm of solitude*" in the discovery of a meaningful existence and the meaning of life. The situation of disclosure is

the ability to apply one's powers, realizing the potential inherent in oneself. *E. Fromm*

Strengthening personal potential (Kierkegaard): a time of introspection and self-knowledge, restoration of mental balance and accumulation of energy. The ability to value oneself: a person finds joy and satisfaction in their thoughts and activities; is perceived ("I am the king in the castle") as the creator of not only private life, but also of concentration on the task at hand:

...the benefits of solitude and the dignity of society are easily reconciled and combined with each other. *I. Zimmerman*

The cult of individualism has instilled solitude in the pursuit of success, and the regimented meeting with family and turkey has been relegated to a red-letter day.

The component of self-knowledge, self-determination and personal growth has a positive, constructive impact on the psyche [14].

An individual alone can directly begin to search for the path of his own existence. *N. Abbagnano*

Those who desire solitude believe it to be useful for psychological stability based on self-actualization, self-awareness and self-improvement after satisfying urgent physiological and biological needs, according to A. Maslow, and as an obstacle to suicidal depressive hopelessness.

With existential point of view, a definite level of L. is inevitable and useful, promoting joy life.

Solitude is a reserve and a condition for self-actualization of the individual and psychological stability [13], restoration of physical and mental strength, building of identity [15, 16, 20, 21] in a dynamic balance with social responsibilities. The individual ultimately chooses

healthy and sustainable existence. *N. Abbagnano*

Solitude (self-isolation) is a spiritual experience, initiation, self-knowledge, self-determination and "overcoming" of the "I" through testing borderline, sometimes absurd situations, tragic self-discoveries; it opens the eyes on the vanity of the world, inner emptiness, the substitution of the "I" with an imaginary image for others.

I went into the woods because I wanted to live deliberately, to face only the essential facts of life and see if I could learn what it had to teach me, and not find, when the time came to die, that I had not lived. *G. Thoreau*

For M. Tsvetaeva, the meaning of life lies in the ceaseless labor of self-knowledge. The routine of work is humiliating and distracts from the greater goal:

Know yourself! I have done that. And this doesn't make it any easier for me to know others.

Human nature does not accept loneliness, experiencing a need for communication, affection, connections with people, self-affirmation ... *E. Fromm*

... A human is born with the need for contact and tenderness. *F. Fromm- Reichman*

Here is a remarkable couple together again.

Solitude is good for relationships –

more enjoyment of social interactions after such a break from them. *J. Cameron "The Artist's Way"*

The wise man is least lonely when he is alone. *J. Swift*

Temporary renunciation of the outside world is chosen by *Homo faber* (a person who creates, does).

Odin (he supreme Germanic-Scandinavian god) gave up his eye for wisdom and hung from a tree for nine days, infusing himself with the power of the runes. It symbolizes alienation, rejection, but also singularity.

Solitude is a necessary condition for creativity and self-expression.

Beauty, like Wisdom, loves to be worshipped alone. *O. Wilde*

...The artist considers his isolation, his subjectivity, his individualism almost sacred. So, in the end, we all gather in one big pen, where we stand and bleat about our loneliness, not listening to each other and not realizing that we are strangling each other to death. Individualists stare into each other's eyes and yet deny each other's existence. We wander in circles so limited by our own concerns that we can no longer distinguish truth from falsehood, gangster whims from the purest ideals. *A. Bergman*

Gallery of outcasts and martyrs of the genius of destiny.

...a man is not what he wants to be, but what he cannot help but be. *S. Maugham "The Moon and Sixpence"*

...no matter how contradictory the coroner's report – let him declare the cause of death to be Tuberculosis, or Loneliness, or Suicide... the true poet-seer, the divine madman who can and does create beauty, is blinded to death by his own doubts, the blinding images and colors of his own sacred human conscience. *J.D. Salinger "Raise High the Rafters, Carpenters!"*

Is any painting in the world – even the greatest work of art – worth paying such a price? What, after all, is beauty for which people are willing to endure so much suffering and even sacrifice their lives, like the holy martyrs who once died for their faith? ... the dispute between life and art will never be resolved. *A. Cronin "Monument to the Crusader"*

Beauty is something wondrous and inaccessible, something an artist, in the depths of spiritual anguish, creates from the chaos of the universe. And once it's created, not everyone can recognize it. To comprehend beauty, one must embrace the artist's daring. Beauty is a melody he sings to us, and for it to resonate in our hearts, knowledge, sensitivity, and imagination are required. *S. Maugham "The Moon and Sixpence"*

He worked because he couldn't help but work, because work saved him from mental anguish and occupied his mind. He could do without a wife, without a nest, without children; he could do without love, without friendship, without cheerfulness and health; he could work without firm hope, without the most basic comforts, without food; he could even do without God. But he could not do without what was higher than himself, what was his life – without the creative fire, without the power of inspiration. *I. Stone "Lust for Life"*

For twenty-two years, V. Karavaeva ("Mashenka") performed in front of an amateur film camera with a homemade Seagull. Her date of death is unknown. Neighbors raised the alarm when a flood occurred in the house.

Solitude, in contrast to L.'s unbearable burden, becomes a prerequisite for inspiration and self-expression. A destructive mudflow turns into a Hypocrene.

L. in implicit relations with the concept of creativity, correlates with the concept of life [19].

Solitude is good. It nourishes the creative impulse. *M. Nordau*

"Metautopia" has something special about it, worthy of his talent. The reason is divine election.

Judge: And who acknowledged that you are a poet? Who numbered you among the poets? ... Brodsky: I think it is (confusedly)... from God... *The transcript was secretly written on the lap of an enthusiast*

Creative solitude can be loved, but spiritual solitude brings suffering. The subjects of poet, prophet, wanderer, and exile are synonymous.

For M. Tsvetaeva:

Favorite things in the world: music, nature, poetry, solitude.

But social isolation is burdensome ("Distances, miles, versts...", "Nailed to the pillory").

In A. Akhmatova, the moon and the mirror become symbols of O. Consonant with:

There is only loneliness – in the frame / Of glass that speaks the truth. *V. Khodasevich*

L. is the state of B. Akhmadulina's orphaned soul and "feat", "the highest aura of orphanhood".

Solitude in rock music is a path to self-knowledge and the acquisition of independent strength: meditative compositions of personal space of peace (Pink Floyd, Rainbow).

Characteristics, general and specific, of L., isolation and seclusion in Table 1

Characteristics, general and special, of L., solitude and isolation (Parts I and II of the Review).

Conclusions

L. is a physical and mental state (feeling) or character trait in real or imaginary (caused by objective or subjective reasons) isolation, short-term or long-term (lifelong-existential); an ambivalent phenomenon (internal and external negative and positive L.), implying half-tones, transitions and contrasting feelings:

Man is a subject of the twin masters – pleasure and suffering, whose power extends to all human actions. *I. Bentham*

Table 1

Characteristics	Loneliness	Solitude	Social / Physical insulation
Choice	Forced state, event. To be alone is not in our power. <i>W. Auden</i> Internal discord, "crisis of expectation" (frustration) in con-	Conscious voluntary avoidance/cessation of interpersonal contacts, social life. A relatively short-term (transient) situation with "voluntary"	A forced or (less commonly) voluntary condition. Situationally determined. A lack (or deficiency) of social

	nection with discrepancy between the levels of desired and actual social interactions.	entry and exit.	relationships or support, solidarity, understanding; a sense of social belonging. jih
Modality of emotion/ motivation	A subjective, negative (painful), highly individual experience of alienation, hopelessness, and disappointment in any prospect. Tendency to become chronic and deepen to a clinical level (depression), SB.	Non-pathological focus on a task or object. Deepening self-knowledge, enriching the inner world; focusing on creativity. Regulated and controlled self-perception.	An externally imposed, painful feeling of alienation, helplessness, resentment and irritation, emptiness.
Result	Distorts personality. Clinical forms of " small-scale hell" are possible. Destructive medical and social consequences, including suicide and depression, suicide, aggression, psychosomatic disorders Self-medication – use of psychoactive substances, gambling addiction. May accompany isolation.	The opportunity for self-knowledge, inner strength, and independence; a necessary condition for creativity and self-expression. A creative state of self-sufficiency for the creator and sage. A source of inner balance and restoration, a sign of mature wisdom and resilience. May precede, accompany, or assist L.	Clinical forms (depression), SB are possible. May contribute to, cause, or aggravate L. Learned helplessness, rent-seeking behavior.
Meaning	A form of forced self-perception "You are alone." They run from L. A personality trait and/or mental state. being within oneself, reflection, self-admiration, hopelessness Attitudes of others: stigmatization, condemnation, contempt, compassion and protest. People are jealous of only one thing: L. They do not forgive only one thing: L. They take revenge for only one thing: L.M. Tsvetaeva Negative emotional assessment.	Voluntary cessation of public life (departure to a monastery of the spirit You are one with Someone. which suggests an exit. the equation of "all the conveniences and benefits of society" with "all the advantages of privacy." pleasure position, conditions and catalyst for creativity, self-realization, self-development in the creation of individual space. component spirituality. Attitudes of others: envy, misunderstanding, sympathy: "By protecting L., you protect a gift from God" or: "The one leaving you is a friend, helping to protect L.'s priceless gift." The harsh good of the chosen ones. The serenity of contemplation for noble reasons.	A form of forced self-perception in a humiliating context The emotional evaluation is not necessarily negative. connection with concepts of equality, human rights and social cohesion with a focus on barriers to meaningful participation in society. Attitude of others: oblivion, contempt, disgusted pity. The way out of this state is through miraculous events (reunification with a responsible niece, a volunteer, participation in the Tyumen Longevity program with involvement in the Internet portal
Measurement	The landscape of negative solitude ends with a spiritual dimension. a feeling of unconfirmation of existence ...is not measured by the miles that separate a person from his neighbors. <i>G. Toro</i> ...has nothing to do with whether we have many or few acquaintances. <i>EM. Remarque</i> It is possible to evaluate it in units of quality of life.	It is possible to evaluate the quality of life in units from the perspective of the patient and his relatives. Social isolation, internal or external, as an expression of conviction in its necessity, voluntary entry into a situation of isolation from which one can leave at any moment (as from a soundproof chamber)	It can be quantified, observation. Objective (externally determined) absence or negligible amount stable significant connections with a depleted social network.

Like the living life itself.

Sometimes she is all sorrow, sometimes she is all
bait, / Sometimes all in her is glitter and light, some-
times all is shame and darkness; / Life is a seraph and a
drunken bacchante, / Life is an ocean and a cramped
prison. *S. Nadson*

L. cluster signifies a complex, creative, multi-
stage, emotionally charged process of development and
transformation of the inner world (self-awareness) and
human life. Besides L. itself, there are solitude and so-
cial isolation, closely related, accompanying, but not
interchangeable and not equivalent. The peculiarities of
the genesis of L. are not the basis for the synonymy of
qualitatively and quantitatively different concepts at the
interdisciplinary intersection of philosophy, sociology,
psychology, and psychiatry.

Internally contradictory and heterogeneous L. is
not reduced to only negative connotations as a set of
potentially suicidogenic negative emotions (depressive
and existential despair, hopelessness, helplessness).

The distinction between the forms of L. is justi-
fied: the desire extolled by romantics to enjoy the view
of divine creation (solitude) in the bosom of nature or in
a temple; a painful and burdensome emotional state of
abandonment and isolation from the world (L.) and
social isolation with an objective impoverishment of the
network of relationships and support.

Flexible working criteria (Table 1) allow us to
identify individual conditions taking into account emo-
tional coloring and duration, situational determinacy,
the possibility of objective assessment, clinical, social
and economic consequences (such as depression and/or
PTSD) and the burden for the individual, their loved
ones and society, determining treatment and preventive
measures (see subsequent parts of the Review).

L., absolute, innate, essential, is contrasted with
the transitory and acquired for the benefit or pernicious-
ness of solitude and social isolation, respectively. The
problem of L. lies in the ontological aspects of the state
("superfluous man") and purpose (spiritual growth, re-
silience, legitimized "oblivion").

Among the essential virtues of L. there can be
pointed out freedom of action, attunement with oneself
and nature; reflective perspective and creativity. *O.
Ioseliani*

The human body will always need L... This is not a
problem, but a blessing... like sleep, L. restores strength
for life, for work... But it requires the soul, it requires
moral purity, just as healthy sleep requires physical
purity... *F. Gorenstein "Conversation"*

The classic work [6] shares the emotional (L. as it
is) and social isolation as a component of L. in a broad
(consensus) sense. L. and social isolation are imposed
by external discouraging circumstances.

... even if the proper state of man does not consist
in random and disorderly interactions with the world, he
still less corrects the duties determined by his position
in the case of a barbaric, stubborn renunciation of socie-
ty. *I. Zimmerman*

L.-isolation, destructive, chronic, forced, opposed
to L.-solitude is an acquired transient action (process)
and condition (state of affairs).

To detect social isolation, caring eyes are enough,
recognizing the "torture of L." *W. Auden*

You don't have to be a crucian carp to understand
what it's like to be fried in a hot frying pan. *Japanese
proverb.*

L. is a state when connections weaken or are rec-
ognized as incomplete; solitude is the "road to oneself,"
a "vacant space" for the development of the self; famil-
iarization with culture and/or religion, that is, the at-
tainment of integrity and unity with something not equal
to oneself.

Through solitude, personality is born. *N. Berdyaev*
Solitude comfortingly seeks truth.

L. and its components cannot be experienced in a
vacuum of communication.

If you're alone, you're completely your own per-
son. If there's even one other person around, you're only
half your own person, or even less, in proportion to the
thoughtlessness of that person's behavior. And if there's
more than one person around, you sink deeper and
deeper into a miserable state. *Leonardo da Vinci*

Lonely is not isolated from everything. Lonely is
self-accepting. *N. Berdyaev*

...without the stupid there would be no smart ones,
/ as there are no oases without the Karakum. *A. Vozne-
sensky "Antiworlds"*

I am alone, but you can't call me "lonely"... "Lone-
liness, love, friendship" ... I am not a couple. I am
alone... to maintain my singularity, I need the duality of
other life forms... If someone else becomes a loner, I
become a couple... two ones make two, and I am no
longer alone... *W. Burroughs "Nova Express"*

According to M. Gasparov, personality is affirmed
and confirmed by the intersection of social connections.

Oh, it's wonderful... when you have someone to
share it with. *G. Marquez "One Hundred Years of Soli-
tude"*

I need others, and they need me and every person.
A. Camus "The Rebel"

The fragility and finiteness of existence intensifies
the need for intimacy and mutual understanding. A per-
son finds a distinctive "I" in the inescapable right to an
absolutely free interpretation and reading of another/others.
"Looking into the open," according to Rilke. Commu-
nication connects existence and reason. At a deep level,
reason "penetrates" the existence of another,
and their reason - into yours.

...an encounter with loneliness...makes possible a
deep and meaningful engagement with another. *I. Yalom*

In risk groups, the need for self-affirmation and
recognition of individual value is heightened.

A person finds another person in the world as the
only reality with whom he can unite in understanding
and trust. At every stage of unification, companions of
fate, through love, find the path to truth, lost in isola-
tion, stubbornness, and self-will: in closed solitude.
K. Jaspers

L. as a “borderline situation of chance” – *an existential challenge* that, through intense self-knowledge and the search for “meaning,” leads to the formation and acquisition of personality.

We are all serving our sentences in the solitary confinement of our own selves... we must lock ourselves in solitude, and in order to establish contact with our contemporaries, we must break all contact with them, and there is something of madness in this. *T. Williams*

The meaning and pathos of existence are revealed by L.'s emotional upheavals.

The individual is recognized as standing in his own place, with a special meaning, within the whole. He is distinct from others, yet one with them in the order that encompasses them. *K. Jaspers*

Not everyone is given this opportunity.

If we could show you the terrible suffering and torment of life, we would be overcome with awe and... an understanding of the best of all possible worlds (*meilleur des mondes possibles*). *S. Kierkegaard*

An optimist believes we live in the best of all possible worlds. A pessimist believes we do. *J. Cabell*

The pain of life is far more powerful than the interest in life. *V. Rozanov "Solitary"*

There are moments in life – terrifying moments – when a person suddenly emerges from their shell and sees the world – and it's terrifying. *To Mansfield "A Cup of Tea"*

... realizing his loneliness, he felt alive. And he didn't want to be alive. *T. Capote "The Diamond Guitar"*

Resilience will overcome the sin of L. despondency.

...No matter! A man can be crippled, but art will endure and conquer all. *A. Kuprin "Gambrinus"*

Solitude as a defense against depression and stress disorder allows one to cope with adverse life situations – the distress of a microsocial crisis. Those “seasoned” by respite and battle (“what doesn't kill us makes us stronger”) experience a change in their value structure and relationships with the world, while experiencing the potential for harmonious personal growth [13].

L. gives us greater callousness towards ourselves and greater nostalgia for people: in both cases it improves character. *F. Nietzsche*

Moving between "solitudes"

Литература / References:

1. Винсент Д. История одиночества. 2-е изд. Пер. англ. 2024; 456. [Vincent D. The story of loneliness. 2nd ed. Translated from English 2024; 456.] (In Russ) ISBN 978-5-4448-2553-2
2. Mijuskovic BL. Loneliness in Philosophy, Psychology, and Literature. iUniverse, Inc. Bloomington, 2012. ISBN: 978-1-4697-8933-0
3. Швабл Ю.М., Данчева О.В. Одиночество. Киев: Украина, 1991; 270. [Shvabl YuM, Dancheva OV. Loneliness. Kiev: Ukraine, 1991; 270.] (In Russ)

Distinguishing between beneficial solitude and harmful L. and social isolation in managing the transitions between them. A person distances themselves, renounces, and returns to themselves, "as if they were different and in another place, "and once again searches "within themselves".

Concentration, self-identification with the revelation of the essential characteristics of the self [9] will allow one to think about the meaning of life and voluntarily return more purposefully to the beautiful and crazy world of disputes and alliances – the passion of strong and collected minds.

In solitude, everyone sees inside themselves what they really are. *A. Schopenhauer*

Solitude as a resource for creativity, based on superficial considerations and indulgence of desires, will return one to society in the same moral weakness. *I. Zimmerman*

The movements between communication and solitude “work” both ways.

Nowadays, one can think only in an empty space, where man no longer exists. This emptiness does not signify a lack or require a gap to be filled. It is merely the unfolding of a space where one can finally begin to think again. *Michel Foucault*

The existential fear and happiness of a person (“someone here and there among us sometimes”), who has recently defeated the Neanderthal, but with varying success is fighting with the internal and external Dragons, and therefore is striving back – into a wilderness-desert of the spirit, poorly equipped for happiness,

...in the inability to sit quietly alone. *B. Pascal*
A social person,

While living with people, do not forget what you learned in solitude. And in solitude, reflect on what you learned from communicating with people. *L. Tolstoy*

In the New Year, perhaps not the worst, the readers of "Suicidology" will find the next part of the Review, concerning the intersection of symptoms of L. with depression and SB and the prevalence of L. in cities and villages, socio-demographic and clinical risk groups.

In the meantime, as the chimes strike, let there be “someone” next to us (as in the pre-revolutionary problem) and suddenly – not just one – to our liking.

Your hand – what a miracle! – is in mine. *A. Fet*

4. Davies MG. Solitude and loneliness: An integrative model. *J Psychol Theology*. 1996; 24 (1): 3–12. DOI: 10.1177/009164719602400101
5. Karnick PM. Feeling lonely: Theoretical perspectives. *Nursing Sci Q*. 2005; 18(1): 7–12. DOI: 10.1177/0894318404272483. PMID: 15574689.
6. Weiss RS. Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation. MIT Press; Cambridge, MA, USA, 1973.
7. Nicholson NR. A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *J Prim Prev*. 2012; 33: 137–152. DOI: 10.1007/s10935-012-0271-2

8. Wang JY, Lloyd-Evans B, Giacco D, et al. Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017; 52 (12): 1451–1461. DOI: 10.1007/s00127-017-1446-1
9. Victor C, Yang K. The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *J Psychology*. 2012; 146 (1-2): 85–104. DOI: 10.1080/00223980.2011.613875. PMID: 22303614
10. Perlman D. European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Can J Aging* 2004; 23 (2): 181–188. DOI: 10.1353/cja.2004.0025. PMID: 15334817.
11. Angus J, Reeve P. Ageism: a threat to “aging well” in the 21st century. *J Appl Gerontol*. 2006; 25: 137–152. DOI: 10.1177/0733464805285745
12. Корчагина С.Г. Психология одиночества: учебное пособие. М.: Московский психолого-социальный институт, 2008; 228. [Korchagina SG. The psychology of loneliness: textbook. Moscow: Moscow Psychological and Social Institute, 2008; 228]. (In Russ)
13. Леонтьев Д.А., Осин Е.Н. Дифференциальный опросник переживания одиночества: структура и свойства. *Психология*. 2013; 10 (1): 55–81. [Leontiev DA, Osin EN. Differential questionnaire of loneliness experience: structure and properties. *Psychology*. 2013; 10 (1): 55–81.] (In Russ)
14. Матенова Ю, Носырова М. Одиночество как основа экзистенциальной философии Интернет-пространство как вызов научному сообществу XXI века. 2021 (1): 85–89. [Matenova Yu, Nosyrova M. Loneliness as the basis of existential philosophy: the Internet space as a challenge to the scientific community of the 21st century. 2021 (1): 85–89.] (In Russ)
15. Zilboorg G. Loneliness. The Atlantic. 1938. URL: <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/1938/01/lonely>
16. Berkowitz R. Solitude and the activity of thinking. R Berkowitz, J Katz, T Keenan, eds. *Thinking in Dark Times: Hannah Arendt on Ethics and Politics*, NY: Fordham University Press, 2009: 237–245.
17. Morgan M. Hannah Arendt and the ‘freedom’ to think. *J Educ Adm History*. 2016; 48(2): 173–182. DOI: 10.1080/00220620.2016.1144579
18. Любов Е.Б. Клинико-социальное бремя близких жертвы суицида: Если бы... *Суицидология*. 2017; 8 (4): 56–76. [Lyubov EB. The clinical and social burden of relatives of suicide victims: If only... *Suicidology*. 2017; 8 (4): 56–76.] (In Russ)
19. Гагарин А.С. Экзистенциалы человеческого бытия: одиночество, смерть, страх (от античности до Нового времени). Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2001. 372. [Gagarin AS. Existentials of human existence: loneliness, death, fear (from antiquity to Modern times). Yekaterinburg: Ural Publishing House. University, 2001. 372.] (In Russ)
20. Long CR, Seburn M, Averill JR, More TA. Solitude experiences: Varieties, settings, and individual differences. *Personal Soc Psychol Bull*. 2003; 29 (5): 578–583. DOI: 10.1177/0146167203029005003. PMID: 15272992.
21. Suedfeld P. Aloneness as a healing experience. Peplau LA, Perlman D eds. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. NY: John Wiley and Sons, 1982. P. 54–67. ISBN 978-0-471-08028-2

Information about the author:

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

Финансирование: Работа выполнена в рамках госзадания «Разработка клинических инструментов и алгоритмов для поддержки принятия решений при диагностике, терапии и реабилитации пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами». Регистрационный номер 124020800064-9.

Financing: The work was carried out within the framework of the state task "Development of clinical tools and algorithms to support decision-making in the diagnosis, therapy and rehabilitation of patients with non-psychotic depressive disorders." Registration number 124020800064-9.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 03.10.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 19.11.2025.

Для цитирования: Любов Е.Б. Одиночество и суицидальное поведение. Часть III: сады одиночеств. *Суицидология*. 2025; 16 (4): 75-103. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-75-103

For citation: Lyubov EB. Loneliness and suicidal behavior: historical aspect and definitions. Part III: gardens of solitude. *Suicidology*. 2025; 16 (4): 75-103. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-75-103

ИНТЕГРАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА НЕКЛИНИЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

В.Д. Евсеев

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

AN INTEGRAL MODEL OF RISK FACTORS FOR NONSUICIDAL SELF-INJURIOUS BEHAVIOR AMONG NONCLINICAL ADOLESCENT MALES OF DRAFT AGE

V.D. Evseev

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

Сведения об авторе:

Евсеев Вячеслав Дмитриевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 7227-9203; ResearcherID: AAC-3984-2019; ORCID iD: 0000-0002-5078-1664). Место работы: 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

Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) представляет значимую проблему психического здоровья среди мужчин призывного возраста, однако остаётся малоизученным в неклинических популяциях, особенно в российском контексте. Существующие модели риска редко учитывают гендерную и социальную специфику данной группы. *Цель:* разработка и эмпирическая верификация интегральной модели факторов риска НССП у мужчин призывного возраста неклинической популяции. *Материалы и методы:* в исследовании приняли участие 507 мужчин в возрасте 18–30 лет (средний возраст – 19,68±2,07 года), проходивших медицинское освидетельствование в военном комиссариате. Диагностика НССП проводилась на основе критериев DSM-V. Использовался комплекс психометрических методик: пятифакторный опросник личности (SPFQ), шкалы Бека для оценки тревоги (BAI) и депрессии (BDI), шкала импульсивности Барратта (BIS-11), опросник агрессии Басса-Перри (BPAQ) и другие. Для анализа применялись однофакторные методы (критерий χ^2 , U-Манна–Уитни) и бинарная логистическая регрессия с пошаговым отбором переменных. *Результаты.* Общая распространённость НССП в выборке составила 18,9% (n=96). В финальную интегральную модель вошли пять ключевых предикторов, объединённых в четыре фактора: аффективно-импульсивная дисрегуляция: высокие показатели импульсивности (BIS-11; OR=1,049; p=0,008) и тревоги (BAI; OR=1,089; p=0,008); деструктивный копинг: интерес к опасному интернет-контенту (OR=4,271; p=0,005); семейное неблагополучие: дисгармоничные отношения в семье (OR=3,811; p=0,003); личностная уязвимость: высокий невротизм (SPFQ; OR=1,493; p=0,024). Модель показала хорошие психометрические характеристики: коэффициент детерминации Нагелкерке $R^2=0,387$, точность классификации – 86,2%, тест Хосмера–Лемешоу подтвердил адекватность модели (p=0,633). *Выводы.* НССП у лиц призывного возраста является многомерным феноменом, формирующимся на стыке личностной предрасположенности (невротизм), эмоционально-регуляторного дефицита (тревога, импульсивность), девиантных поведенческих паттернов и неблагоприятного семейного фона. Предложенная модель обеспечивает теоретическую основу для разработки дифференцированных профилактических и скрининговых мероприятий в системе военно-врачебной экспертизы и служб психического здоровья.

Ключевые слова: несуицидальное самоповреждающее поведение, призывной возраст, факторы риска, интегральная модель, импульсивность, тревога, семейные отношения, невротизм, неклиническая популяция

Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) представляет собой серьёзную проблему психического здоровья среди лиц призывного возраста – социальной и возрастной специфической группы, находящейся под влиянием множества биопсихосоциальных транзитных факторов. По данным современных исследований, НССП особенно распространено в подростковом и юношеском возрасте [1–3], что совпадает с периодом формирования идентичности, эмоциональ-

Non-suicidal self-injurious behavior (NSSI) is a serious mental health problem among individuals of military age – a socially and age-specific group influenced by numerous biopsychosocial transition factors. According to current research, NSSI is particularly prevalent during adolescence and young adulthood [1–3], coinciding with the formation of identity, emotional regulation, and stress coping strategies. During this time,

ной регуляции и стратегий совладания со стрессом. В это время интенсивные физиологические, когнитивные и социальные изменения создают повышенную уязвимость к психической дезадаптации, особенно при наличии неблагоприятного семейного контекста, травматического опыта и дефицита поддерживающих ресурсов [4, 5].

Современные эмпирические данные подтверждают сложную, многофакторную природу НССП. Так, недавнее лонгитюдное исследование выявило, что мысли о самоповреждении могут предшествовать поведенческим проявлениям и служить критическим маркером риска, особенно в раннем подростковом возрасте, где доминируют эмоциональные и социальные триггеры [1]. Параллельно установлено, что неблагоприятный опыт детства (ACEs), особенно связанный с угрозами – физическое и эмоциональное насилие, буллинг – значительно повышают вероятность НССП и суицидальности у подростков, причём «доза-зависимая» связь сохраняется даже при наличии поддерживающей школьной среды [4]. В свою очередь, семейная поддержка и эмоциональный контроль выступают в качестве ключевых защитных факторов [5], что подчеркивает значимость системного подхода к анализу риска.

На уровне индивидуальных особенностей, НССП у юношей призывного возраста тесно ассоциировано с аффективными и импульсивными нарушениями [6-8]. Исследования подтверждают, что самоповреждение часто служит механизмом немедленной регуляции непереносимого эмоционального напряжения, особенно в условиях высокой тревожности и слабого импульс-контроля [9]. Одновременно с этим, у лиц с НССП выявляется повышенная склонность к деструктивным копинг-стратегиям – употреблению психоактивных веществ, увлечению девиантным интернет-контентом, социальной изоляции – формируя паттерн рискованного поведения как альтернативную форму саморегуляции [10, 11].

Особую роль в патогенезе НССП играет семейный контекст. Дисгармоничные отношения, эмоциональная депривация и моделирование неконструктивных способов совладания создают хроническую среду стресса, в которой не формируются адаптивные навыки регуляции аффекта. При этом подростки и юноши с НССП часто интернализируют семейный конфликт, используя самоповреждение как «крик о помощи» или способ восстановления контроля в условиях дисгармоничной семейной среды [12].

Наконец, личностная предрасположенность – особенно высокий уровень невротизма и низкая сознательность – выступает базовой уязвимостью, усиливающей чувствительность к стрессу и затрудняющей построение эффективных стратегий адаптации [13, 14]. Как отмечается в обзоре Y. Ling и соавт. (2025) [3], именно совокупность индивидуальных, семейных, по-

intense physiological, cognitive, and social changes create increased vulnerability to mental maladjustment, particularly in the presence of an unfavorable family context, traumatic experiences, and a lack of supportive resources [4, 5].

Contemporary empirical evidence confirms the complex, multifactorial nature of NSSI. A recent longitudinal study found that thoughts of self-harm may precede behavioral manifestations and serve as a critical risk marker, particularly in early adolescence, where emotional and social triggers predominate [1]. Similarly, adverse childhood experiences (ACEs), particularly those associated with threats such as physical and emotional abuse and bullying, have been shown to significantly increase the likelihood of NSSI and suicidality in adolescents, with this dose-response relationship persisting even in the presence of a supportive school environment [4]. Family support and emotional control, in turn, act as key protective factors [5], underscoring the importance of a systems approach to risk analysis.

At the individual level, NSSI in young men of conscription age is closely associated with affective and impulsive disorders [6-8]. Research confirms that self-harm often serves as a mechanism for immediate regulation of intolerable emotional stress, especially in conditions of high anxiety and weak impulse control [9]. At the same time, individuals with NSSI exhibit an increased tendency toward destructive coping strategies – substance use, exposure to deviant internet content, and social isolation – forming a pattern of risky behavior as an alternative form of self-regulation [10, 11].

The family context plays a key role in the pathogenesis of NSSI. Disharmonious relationships, emotional deprivation, and the modeling of unconstructive coping methods create a chronic stress environment in which adaptive affect regulation skills are not developed. Furthermore, adolescents and young adults with NSSI often internalize family conflict, using self-harm as a "cry for help" or a way to regain control in a disharmonious family environment [12].

Finally, personality predisposition – especially high levels of neuroticism and low conscientiousness – acts as a basic vulnerability that increases sensitivity to stress and complicates the development of effective adaptation strategies [13, 14]. As noted in the review by Y. Ling et al. (2025) [3], it is the combination of individual, family, behavioral, and social factors that determines the risk and stability of NSSI in adolescents with depres-

веденческих и социальных факторов определяет риск и устойчивость НССП у подростков с депрессивными расстройствами.

Несмотря на растущий интерес к НССП в мировой литературе, остаётся острый дефицит исследований, посвящённых молодым мужчинам призывного возраста, особенно в российском контексте. Большинство моделей риска разработаны на выборках подростков или студентов с преобладанием женского пола и не учитывают гендерную и возрастную специфику юношей, подлежащих призыву на военную службу. Отсутствие валидизированных, ориентированных на эту группу моделей затрудняет раннюю диагностику и профилактику в системе военно-врачебной экспертизы. В этих условиях разработка эмпирически обоснованной интегральной модели риска НССП приобретает высокую научную и практическую значимость – как для охраны психического здоровья призывной молодёжи, так и для формирования эффективных стратегий вмешательства на стыке клинической психологии и психиатрии.

Цель исследования – разработка и эмпирическая верификация интегральной модели факторов риска НССП у мужчин призывного возраста неклинической популяции.

Материал и методы

Объектом исследования стали 507 мужчин призывного возраста (от 18 до 30 лет). Средний возраст обследованных составил 19,68 лет ($\pm 2,07$). Обследование проведено на базе военного комиссариата Томской области Томского района в рамках медицинского освидетельствования граждан, подлежащих службе в армии. Исследование проводилось индивидуально. Оценка несуицидальных самоповреждений осуществлялась в рамках клинического интервью с использованием критериев DSM-V. В рамках экспериментально-психологического метода использованы: пятифакторный опросник личности (Personality factor questionnaire, 5PFQ) – краткая версия опросника в адаптации М.С. Егоровой и О.В. Паршиковой (B510); шкала для выявления склонности к агрессии – Басса-Пери (Buss-Perry Aggression Questionnaire, BPAQ-24) в адаптации С.Н. Ениколопова, Н.П. Цибульского; шкала тревоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI); шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI); шкала импульсивности Барратта (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11) в адаптации С.Н. Ениколопова, Т.И. Медведева (2015); шкала самоповреждающего поведения (Польская Н.А., 2014).

В проведённом исследовании использован комплексный статистический аппарат: для сравнения двух независимых групп (призывников с НССП и без него) применялся однофакторный анализ – для категориальных переменных использовался критерий хи-квадрат (χ^2) с расчётом коэффициента сопряжённости Φ (фи) в

sive disorders.

Despite growing interest in NSSI in the global literature, there remains a severe shortage of research on young men of conscription age, particularly in the Russian context. Most risk models have been developed using samples of adolescents or students, with a predominance of females, and do not consider the gender and age specificities of young men subject to military conscription. The lack of validated models tailored to this group hinders early diagnosis and prevention within the military medical examination system. Under these circumstances, the development of an empirically based, integrated risk model for NSSI is of great scientific and practical importance – both for protecting the mental health of conscripted youth and for developing effective intervention strategies at the intersection of clinical psychology and psychiatry.

Aim of the study – development and empirical verification of an integrated model of risk factors for NSSI in men of conscription age in the non-clinical population.

Material and methods

The study involved 507 men of conscription age (18 to 30 years of age). The mean age of the subjects was 19.68 years of age (± 2.07). The survey was conducted at the Tomsk Region Military Commissioner's Office in the Tomsk District as part of a medical examination of citizens slated for military service. The study was conducted individually. Non-suicidal self-injury was assessed through a clinical interview using DSM-V criteria. The experimental psychological method used was: a five-factor personality questionnaire (Personality factor questionnaire (5PFQ) – a short version of the questionnaire adapted by M.S. Egorova and O.V. Parshkova (B510); a scale for identifying a tendency to aggression – Buss-Perry Aggression Questionnaire, BPAQ-24) adapted by S.N. Enikolopova, N.P. Tsibulsky; Beck Anxiety Scale Anxiety Inventory, BAI); Beck Depression Inventory (Beck Depression Inventory, BDI); Barratt's Impulsivity Scale (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11) adapted by S.N. Enikolopova, T.I. Medvedev (2015); scale of self-harming behavior (Polskaya N.A., 2014).

The study utilized a comprehensive statistical approach: two independent groups (conscripts with and without NSSI) were compared using a univariate analysis. For categorical variables, the chi-square (χ^2) test was used, with the contingency coefficient Φ (phi) calculated as the effect measure, and for continuous variables, the nonparametric Mann-Whitney (U) test was used, with the

качестве меры эффекта, а для непрерывных переменных – непараметрический критерий Манна–Уитни (U) с расчётом коэффициента эффекта $r=Z/\sqrt{N}$. Для построения итоговой прогностической модели риска НССП применялась бинарная логистическая регрессия с методом пошагового обратного отбора предикторов (Backward: LR) на основе отношения правдоподобия. Проводился анализ мультиколлинеарности с использованием коэффициентов инфляции дисперсии (VIF), а также проверка устойчивости модели: сравнение с альтернативной моделью, построенной методом прямого включения (Forward: LR); оценка адекватности модели с помощью теста Хосмера–Лемешоу; расчёт коэффициента детерминации Нагелькерке (R^2) и процента корректной классификации. Дополнительно осуществлялся анализ выбросов и влиятельных наблюдений для обеспечения робастности регрессионных оценок. Интерпретация результатов основывалась на уровне статистической значимости ($p<0,05$, при предварительном отборе – $p<0,1$), величине отношения шансов (Odds Ratio, Exp(B)) и 95% доверительных интервалах. На заключительном этапе при отборе переменных учитывался принцип парасимонии – стремление к максимальной прогностической силе при минимальной сложности модели и сохранении теоретической целостности. Такой многоуровневый статистический подход обеспечил эмпирическую обоснованность и клиническую интерпретируемость полученной интегральной модели риска НССП.

Результаты и обсуждение

Результаты частотного распределения актов самоповреждающего характера показывают, что в исследуемой группе наиболее распространённые акты из инструментальных самоповреждений: порезы режущими предметами, удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям и самоожоги. Из соматических – обкусывание ногтей и губ, прикусывание щёк и языка, расчёсывание кожи и создание препятствий для заживления ран.

В соответствии с целями исследования, направленными на выявление клинически значимого конструкта, в итоговый анализ и выводы включены только данные, соответствующие критериям DSM-V для диагностики самоповреждающего поведения. Это позволяет обеспечить диагностическую чистоту и сопоставимость данных с международными исследованиями.

В DSM-V подчёркивается, что НССП не является суицидальным поведением, хотя у людей с НССП может быть повышен риск возникновения суицидальных мыслей или попыток самоубийства. Для определения НССП важно исключить суицидальные намерения во время каждого эпизода самоповреждения. Поведение должно быть повторяющимся (≥ 5 эпизодов в год) и функционально мотивированным (подчиняется эмоциональной регуляции, коммуникации и т.д.).

effect coefficient $r=Z/\sqrt{N}$ calculated. Binary logistic regression with the stepwise backward selection of predictors (Backward: LR) based on the likelihood ratio was used to construct the final predictive model of NSSI risk. Multicollinearity was analyzed using variance inflation factors (VIF), and the model robustness was tested: comparison with an alternative model constructed using the forward inclusion (Forward: LR) method; model adequacy was assessed using the Hosmer – Lemeshow test; calculation of the Nagelkerke coefficient of determination (R^2) and the percentage of correct classification. In addition, outliers and influential observations were analyzed to ensure the robustness of the regression estimates. The interpretation of the results was based on the level of statistical significance ($p<0.05$, with preliminary selection – $p<0.1$), the odds ratio (Odds Ratio, Exp (B)) and 95% confidence intervals. At the final stage, when selecting variables, the principle of parsimony was taken into account – the desire for maximum predictive power with minimal complexity of the model and maintaining theoretical integrity. This multi-level statistical approach ensured the empirical validity and clinical interpretability of the resulting integrated risk model for NSSI.

Results and discussion

The results of the frequency distribution of acts of self-harm show that in the study group the most common acts of instrumental self-harm are: cutting with cutting objects, punching, kicking, hitting the head or body on hard surfaces and self-burns. Somatic ones include biting nails and lips, chewing cheeks and tongue, scratching the skin, and obstructing wound healing.

In line with the study's objectives of identifying a clinically significant construct, only data meeting DSM-V criteria for diagnosing self-harmful behavior were included in the final analysis and conclusions. This ensures diagnostic purity and comparability of the data with international studies.

The DSM-V emphasizes that NSSI is not suicidal behavior, although individuals with NSSI may have an increased risk of suicidal ideation or suicide attempts. To define NSSI, it is important to exclude suicidal intent during each episode of self-harm. The behavior must be repetitive (≥ 5 episodes per year) and functionally motivated (subordinate to emotional regulation, communication, etc.).

After applying the diagnostic criteria, the overall prevalence of NSSI (individuals with a history of self-harm for more than a year) in the study sample was 18.9% ($n=96$),

После применения диагностических критериев общая распространённость НССП (лица, с историей самоповреждающего поведения с давностью более года) в исследуемой выборке составила 18,9% (n=96), из них годовая распространённость (лица, практикующие самоповреждения в течение текущего года на момент обследования) составила 6,3% (n=32). Для проведения анализа использованы данные об общей распространённости НССП в анализируемой популяции.

Сравнение социально-демографических и поведенческих характеристик

Для выявления различий между молодыми людьми с самоповреждениями и без них проведён однофакторный анализ, в который вошли 411 участников без самоповреждений (НССП-) и 96 с самоповреждениями (НССП+). Анализ проведён между социально-демографическими характеристиками и психометрическими показателями шкал. Группа призывников без самоповреждений использована в исследовании в качестве контрольной (Табл. 1).

Суицидальные мысли продемонстрировали наиболее выраженные различия между группами ($\chi^2=47,2$; $p<0,001$). В группе с самоповреждающим поведением суицидальные мысли встречались в 3,8 раза чаще (35,4% против 9,2% в контрольной группе). Сила данной связи, оцененная с помощью Φ -коэффициента, составила 0,305, что указывает на умеренную, но клинически значимую связь. Этот результат подтверждает концепцию о тесной взаимосвязи между суицидальными мыслями и несуйцидальными самоповреждениями в рамках общего континуума аутоагрессивного поведения. Полученные данные свидетельствуют о том, что наличие суицидальных мыслей следует рассматривать как важный маркер риска развития самоповреждающего поведения.

Психотравмирующие события статистически значимо чаще встречались в группе с НССП (40,6% против 20,4%; $\chi^2=17,8$; $p<0,001$). Сила связи составляет $\Phi=0,187$, что соответствует от слабой до умеренной степени ассоциации. Данный результат поддерживает теоретическую модель, согласно которой психотравмирующие события выступают в качестве триггеров развития дезадаптивных копинг-стратегий, включая самоповреждение. Особое значение имеет тот факт, что даже в неклинической популяции переживание психотравмирующих событий значительно повышает риск развития НССП.

Дисгармоничные отношения в семье показали высокую статистическую значимость ($\chi^2=35,2$; $p<0,001$) с силой связи $\Phi=0,263$. В группе с НССП дисгармоничные семейные отношения отмечались у 53,1% участников, что более чем в два раза превышает показатель контрольной группы (23,6%). Этот результат подчёркивает критическую роль семейной системы в формировании адаптивных стратегий эмоциональной регуляции.

of which the annual prevalence (individuals practicing self-harm during the current year at the time of the survey) was 6.3% (n=32). Data on the overall prevalence of NSSI in the analyzed population were used for the analysis.

Comparison of socio-demographic and behavioral characteristics

To identify differences between young people with and without self-harm, a univariate analysis was conducted on 411 participants without self-injury (NSSI-) and 96 with self-harm (NSSI+). The analysis included socio-demographic characteristics and psychometric parameters of the scales. The group of conscripts without self-harm served as a control group (Table 1).

Suicidal ideation demonstrated the most significant differences between groups ($\chi^2=47.2$; $p<0.001$). In the self-harming group, suicidal ideation was 3.8 times more common (35.4% vs. 9.2% in the control group). The strength of this association, estimated using the Φ -coefficient, was 0.305, indicating a moderate but clinically significant relationship. This result supports the concept of a close relationship between suicidal ideation and non-suicidal self-harm within the overall continuum of self-harming behavior. The findings suggest that the presence of suicidal ideation should be considered an important risk marker for the development of self-harming behavior.

Psychotraumatic events were statistically significantly more common in the NSSI group (40.6% vs. 20.4%; $\chi^2=17.8$; $p<0.001$). The strength of the association was $\Phi=0.187$, which corresponds to a weak to moderate association. This result supports the theoretical model according to which psychotraumatic events act as triggers for the development of maladaptive coping strategies, including self-harm. Of particular significance is the fact that even in the non-clinical population, experiencing psychotraumatic events significantly increases the risk of developing NSSI.

Disharmonious family relationships demonstrated high statistical significance ($\chi^2=35.2$; $p<0.001$) with a correlation strength of $\Phi=0.263$. In the NSSI group, disharmonious family relationships were observed in 53.1% of participants, more than twice the rate in the control group (23.6%). This result highlights the critical role of the family system in the development of adaptive emotional regulation strategies. Dysfunctional family relationships create an environment that hinders the development of healthy coping mechanisms and contributes to the entrenchment of maladaptive behavioral patterns.

Таблица / Table 1

Сравнение социально-поведенческих характеристик между группами с НССП и без НССП (критерий χ^2)
Comparison of social and behavioral characteristics between groups with and without NSSI (χ^2 criterion)

Переменная Variable	Категории Category	НССП-/NSSI- (n=411) N (%)	НССП+/NSSI+ (n=96) n (%)	χ^2	p-value	Ф (фи-коэфф-т phi-coefficient)
Суицидальные мысли Suicidal Ideation	Нет / No	373(90,8)	62 (64,6)	47,2	<0,001*	0,305
	Да / Yes	38 (9,2)	34 (35,4)			
Психотравмирующие события Psychotraumatic events	Нет / No	327 (79,6)	57 (59,4)	17,8	<0,001*	0,187
	Да / Yes	84 (20,4)	39 (40,6)			
Дисгармоничные отношения в семье Disharmonious relationships in the family	Нет / No	314 (76,4)	45 (46,9)	35,2	<0,001*	0,263
	Да / Yes	97 (23,6)	51 (53,1)			
Курение Smoking	Нет / No	272 (66,2)	49 (51,0)	8,1	0,004*	0,126
	Да / Yes	139 (33,8)	47 (49,0)			
Употребление алкоголя Alcohol abuse	Нет / No	239 (58,2)	40 (41,7)	9,4	0,002*	0,136
	Да / Yes	172 (41,8)	47 (49,0)			
Интерес к опасному контенту Interest in dangerous content	Нет / No	340 (82,7)	56 (58,3)	29,5	<0,001*	0,241
	Да / Yes	71 (17,3)	40 (41,7)			
Модификации тела Body modifications	Нет / No	365 (88,8)	70 (72,9)	17,2	<0,001*	0,184
	Да / Yes	46 (11,2)	26 (27,1)			
Неполная семья Single-parent family	Нет / No	310 (75,4)	62 (64,6)	4,9	0,027*	0,098
	Да / Yes	101 (24,6)	34 (35,4)			
Конфликтные отношения со сверстниками Conflictual relationships with peers	Нет / No	356 (86,6)	76 (79,2)	3,5	0,062	0,083
	Да / Yes	55 (13,4)	20 (20,8)			
Привлечение к уголовной ответственности Bringing to criminal liability	Нет / No	386 (93,9)	86 (89,6)	2,4	0,122	0,069
	Да / Yes	25 (6,1)	10 (10,4)			
Место жительства Place of dwelling	Село/Village	197 (47,9)	53 (55,2)	1,8	0,180	0,060
	Город / City	214 (52,1)	43 (44,8)			

Примечание / Note: * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$; Ф-коэффициент – мера эффекта для таблиц сопряженности (аналог r для категориальных данных) / phi-coefficient is a measure of effect for contingency tables (analogous to r for categorical data).

Дисфункциональные семейные отношения создают среду, препятствующую развитию здоровых копинг-механизмов и способствующую закреплению дезадаптивных поведенческих паттернов.

Курение значимо ассоциировано с НССП ($\chi^2=8,1$; $p=0,004$), с распространённостью 49% в группе с самоповреждениями против 33,8% в контроле. Сила связи $\Phi=0,126$ указывает на слабую, но статистически значимую ассоциацию. Этот результат поддерживает концепцию о поведенческом механизме, объединяющем различные формы девиантного поведения, направленные на регуляцию эмоционального состояния.

Употребление алкоголя показало сходную с курением картину ($\chi^2=9,4$; $p=0,002$; $\Phi=0,136$). В группе НССП употребление алкоголя отмечалось у 49% участников по сравнению с 41,8% в контрольной группе. Данный результат дополнительно подтверждает гипотезу о существовании общего поведенческого синдрома, характеризующегося склонностью к использо-

Smoking was significantly associated with NSSI ($\chi^2=8.1$; $p=0.004$), with a prevalence of 49% in the self-harm group versus 33.8% in the control group. The strength of the association, $\Phi=0.126$, indicates a weak but statistically significant association. This result supports the concept of a behavioral mechanism that unites various forms of deviant behavior aimed at regulating emotional states.

Alcohol consumption showed a pattern similar to smoking ($\chi^2=9.4$; $p=0.002$; $\Phi=0.136$). In the NSSI group, alcohol consumption was reported by 58.3% of participants, compared to 41.8% in the control group. This result further supports the hypothesis of the existence of a general behavioral syndrome characterized by a tendency to use various external means of regulating emotional states.

Interest in dangerous online content demonstrated a significant association with

ванию различных внешних средств регуляции эмоционального состояния.

Интерес к опасному контенту в интернете продемонстрировал выраженную ассоциацию с НССП ($\chi^2=29,5$; $p<0,001$; $\Phi=0,241$). В группе с самоповреждениями интерес к опасному контенту отмечался у 41,7% участников против 17,3% в контроле. Этот результат имеет особое значение в контексте современных теорий социального научения, согласно которым онлайн-контент может служить источником нормализации и обучения девиантным поведенческим паттернам.

Модификации тела (татуировки, пирсинг) значительно чаще встречались в группе с НССП (27,1% против 11,2%; $\chi^2=17,2$; $p<0,001$; $\Phi=0,184$). Данный результат может отражать общую склонность к преобразованию тела как способу копинга с психологическим дистрессом или как форму самовыражения в условиях эмоциональной дезадаптации.

Неполная семья показала слабую, но статистически значимую ассоциацию с НССП ($\chi^2=4,9$; $p=0,027$; $\Phi=0,098$). В группе с самоповреждениями неполные семьи отмечались у 35,4% участников против 24,6% в контроле. Этот результат указывает на то, что структурные характеристики семьи могут выступать дополнительным фактором риска, возможно, опосредованным через экономические трудности или ограниченные ресурсы родительской поддержки.

Конфликтные отношения со сверстниками не достигли уровня статистической значимости ($\chi^2=3,5$; $p=0,062$), хотя и демонстрировали тенденцию к большей распространённости в группе НССП (20,8% против 13,4%). Этот результат предполагает, что межличностные трудности со сверстниками могут играть менее значимую роль по сравнению с семейными факторами в развитии самоповреждающего поведения.

Привлечение к уголовной ответственности и место жительства не показали статистически значимых различий между группами, что указывает на относительно меньшую значимость этих факторов в контексте риска развития НССП в исследуемой популяции.

В целом, полученные результаты подчёркивают комплексный характер социально-демографических и поведенческих коррелятов самоповреждающего поведения, где наибольший вклад вносят психологические и семейные факторы, в то время как социально-демографические характеристики проявляют меньшую предсказательную силу.

Сравнение психометрических показателей между группами

Шкала импульсивности Барратта (BIS-11) продемонстрировала наиболее выраженные различия между группами ($U=9850$; $p<0,001$). Группа с самоповреждающим поведением показала значительно более высокие показатели импульсивности ($65,8\pm 16,3$ баллов) по сравнению с контрольной группой ($51,3\pm 13,8$ баллов).

NSSI ($\chi^2=29,5$; $p<0,001$; $\Phi=0,241$). In the self-harm group, interest in dangerous content was reported by 41.7% of participants, compared to 17.3% of the control group. This finding is particularly significant in the context of contemporary social learning theories, which suggest that online content can serve as a source of normalization and learning for deviant behavior patterns.

Body modifications (tattoos, piercings) were significantly more common in the NSSI group (27.1% vs. 11.2%; $\chi^2=17.2$; $p<0.001$; $\Phi=0.184$). This result may reflect a general tendency to transform the body as a way of coping with psychological distress or as a form of self-expression in the face of emotional maladjustment.

Single-parent families showed a weak but statistically significant association with NSSI ($\chi^2=4.9$; $p=0.027$; $\Phi=0.098$). In the self-harm group, single-parent families were present in 35.4% of participants versus 24.6% of controls. This result suggests that family structural characteristics may act as an additional risk factor, possibly mediated through economic hardship or limited parental support resources.

Conflictual relationships with peers did not reach statistical significance ($\chi^2=3.5$; $p=0.062$), although they did show a tendency toward greater prevalence in the NSSI group (20.8% vs. 13.4%). This result suggests that interpersonal difficulties with peers may play a less significant role than family factors in the development of self-harming behavior.

Criminal liability and place of residence did not show statistically significant differences between the groups, indicating a relatively lower significance of these factors in the context of the risk of developing NSSI in the study population.

Overall, the findings highlight the complex nature of sociodemographic and behavioral correlates of self-harm, with psychological and family factors making the greatest contribution, while sociodemographic characteristics exhibit less predictive power.

Comparison of psychometric indicators between groups

The Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) demonstrated the most significant differences between groups ($U=9850$; $p<0.001$). The self-harming group showed significantly higher impulsivity scores (65.8 ± 16.3 points) compared to the control group (51.3 ± 13.8 points). The effect size was $r=0.38$, which corresponds to a moderate degree of influence. This result points to the fundamental role of impulse control deficits in the genesis of self-harming behavior. High scores on the scale reflect

Сила эффекта составляет $r=0,38$, что соответствует умеренной степени влияния. Данный результат указывает на фундаментальную роль дефицитов импульсивного контроля в генезе самоповреждающего поведения. Высокие показатели по шкале отражают трудности с тормозным контролем, склонность к быстрым необдуманным действиям, что создает предпосылки для реализации импульсивных самоповреждающих актов в ситуации эмоционального дистресса (Табл. 2).

Шкала тревоги Бека (Beck-A) показала статистически значимые различия ($U=11200$; $p<0,001$) с силой эффекта $r=0,32$. Средние показатели тревожности в группе НССП (14,2±10,1 баллов) более чем в два раза превышают показатели контрольной группы (7,2±7,5 баллов). Этот результат подтверждает концепцию о самоповреждении как малоадаптивной стратегии регуляции интенсивного тревожного аффекта. Высокий уровень тревожности создаёт состояние стойкого психофизиологического напряжения, а самоповреждающее поведение может выступать как способ быстрого снижения этого напряжения через переключение на физическую боль.

Шкала депрессии Бека (Beck-D) выявила значимые различия между группами ($U=12500$; $p<0,001$; $r=0,27$).

difficulties with inhibitory control and a tendency to act quickly and rashly, which creates the preconditions for the implementation of impulsive self-harming acts in a situation of emotional distress (Table 2).

The Beck Anxiety Inventory (Beck-A) showed statistically significant differences ($U=11200$; $p<0.001$) with an effect size of $r=0.32$. Average anxiety scores in the NSSI group (14.2±10.1 points) were more than twice those in the control group (7.2±7.5 points). This result supports the concept of self-harm as a maladaptive strategy for regulating intense anxious affect. High levels of anxiety create a state of persistent psychophysiological tension, and self-harming behavior can act as a way to quickly reduce this tension by switching to physical pain.

The Beck Depression Inventory (Beck-D) revealed significant differences between the groups ($U=12500$; $p<0.001$; $r=0.27$). Depression scores in the self-injury group (11.2±8.9 points) were significantly higher than those in the control group (6.3±6.1 points).

Таблица / Table 2

Сравнение психометрических показателей между группами
Comparison of psychometric indicators between groups

Психометрический показатель <i>Psychometric indicator</i>	НСП- /NSSI- (n=411) M±SD Me[Q1;Q3]	НСП+/NSSI+ (n=96) M±SD Me[Q1;Q3]	U	p-value	Эффект Effect (r)
BIS-11: Импульсивность <i>Impulsivity</i>	51,3±13,8 / 51[42;60]	65,8±16,3 / 66[55;78]	9850	<0,001*	0,38
Beck-A: Тревожность <i>Anxiety</i>	7,2±7,5 / 5[2;10]	14,2±10,1 / 13[7;20]	11200	<0,001*	0,32
Beck-D: Депрессия <i>Depression</i>	6,3±6,1 / 5[2;9]	11,2±8,9 / 9[5;15]	12500	<0,001*	0,27
Rosenberg: Самооценка <i>Self-esteem</i>	30,5±4,3 / 31[28;34]	27,9±4,8 / 28[25;31]	13500	<0,001*	0,24
ВРАQ: Физическая агрессия <i>Physical Aggression</i>	20,1±6,3 / 20[16;24]	24,1±7,3 / 24[19;28]	14000	<0,001*	0,22
ВРАQ: Гнев <i>Anger</i>	14,1±5,2 / 14[10;17]	17,2±5,8 / 17[13;20]	14200	<0,001*	0,21
ВРАQ: Враждебность <i>Hostility</i>	15,2±5,4 / 15[11;19]	18,6±6,1 / 18[14;23]	14300	<0,001*	0,20
ВРАQ: Суммарный показатель <i>Summary Score</i>	49,4±14,2 / 48[39;59]	59,9±17,1 / 59[48;72]	13800	<0,001*	0,23
5PFQ: Невротизм <i>Neurotism</i>	2,2±1,2 / 2,0[1,5;2,5]	3,0±1,3 / 2,8[2,0;4,0]	12800	<0,001*	0,26
5PFQ: Сознательность <i>Conscientiousness</i>	4,8±1,2 / 5,0[4,3;5,5]	4,4±1,3 / 4,5[3,5;5,3]	16500	0,002*	0,14
5PFQ: Доброжелательность <i>Agreeableness</i>	4,8±1,0 / 5,0[4,3;5,5]	4,6±1,0 / 4,8[4,0;5,3]	17500	0,038*	0,09
5PFQ: Экстраверсия <i>Extraversion</i>	4,5±1,3 / 4,5[3,5;5,5]	4,3±1,3 / 4,5[3,5;5,0]	18200	0,175	0,06
5PFQ: Открытость опыту <i>Openness to experience</i>	4,6±1,2 / 4,8[4,0;5,5]	4,5±1,3 / 4,5[3,5;5,5]	18900	0,452	0,03

Примечание / Note: * $p<0,05$, * $p<0,01$, * $p<0,001$; $r=Z/\sqrt{N}$ – мера эффекта / effect measure.

Показатели депрессии в группе с самоповреждениями ($11,2 \pm 8,9$ баллов) существенно превышают таковые в контрольной группе ($6,3 \pm 6,1$ баллов). Данный результат согласуется с многочисленными исследованиями, демонстрирующими коморбидность депрессивной симптоматики и самоповреждающего поведения. Депрессивные состояния характеризуются не только сниженным настроением, но и трудностями регуляции аффекта, что может способствовать использованию самоповреждения как способа совладания с труднопереносимыми эмоциональными состояниями.

Шкала самооценки Розенберга показала статистически значимые различия ($U=13500$; $p<0,001$; $r=0,24$). Группа с НССП демонстрирует значительно более низкие показатели самооценки ($27,9 \pm 4,8$ баллов) по сравнению с контрольной группой ($30,5 \pm 4,3$ баллов). Этот результат поддерживает теоретические модели, связывающие низкую самооценку с повышенной уязвимостью к развитию различных форм дезадаптивного поведения, включая самоповреждение. Низкая самооценка может способствовать формированию негативной селф-концепции, что в сочетании с трудностями аффективной регуляции создает почву для аутоагрессивного поведения.

Опросник агрессии Басса-Перри (BPAQ) по всем субшкалам показал статистически значимые различия. Физическая агрессия ($U=14000$; $p<0,001$; $r=0,22$) была значимо выше в группе НССП ($24,1 \pm 7,3$ против $20,1 \pm 6,3$ баллов). Гнев ($U=14200$; $p<0,001$; $r=0,21$) также показал более высокие показатели в группе с самоповреждениями ($17,2 \pm 5,8$ против $14,1 \pm 5,2$ баллов). Враждебность ($U=14300$; $p<0,001$; $r=0,20$) была выражена сильнее в группе НССП ($18,6 \pm 6,1$ против $15,2 \pm 5,4$ баллов). Суммарный показатель агрессии ($U=13800$; $p<0,001$; $r=0,23$) составил $59,9 \pm 17,1$ баллов в группе НССП против $49,4 \pm 14,2$ баллов в контроле. Эти результаты свидетельствуют о том, что самоповреждающее поведение может рассматриваться как форма аутоагрессии, тесно связанная с общей склонностью к агрессивным реакциям и трудностями контроля гнева.

Пятифакторный опросник личности (5PFQ) выявил значимые различия по нескольким личностным чертам. Невротизм показал наиболее выраженные различия ($U=12800$; $p<0,001$; $r=0,26$) с показателями $3,0 \pm 1,3$ в группе НССП против $2,2 \pm 1,2$ в контроле. Этот результат подтверждает центральную роль невротизма как личностного предиктора уязвимости к развитию самоповреждающего поведения. Высокий невротизм характеризуется эмоциональной лабильностью, склонностью к переживанию негативных эмоций и повышенной реактивностью на стресс, что создаёт благоприятную почву для развития дезадаптивных копинг-стратегий. Сознательность показала статистически значимые, но менее выраженные различия ($U=16500$; $p=0,002$; $r=0,14$). Более низкие показатели сознательности в

This result is consistent with numerous studies [3, 5, 9, etc.] demonstrating the comorbidity of depressive symptoms and self-injurious behavior. Depressive states are characterized not only by depressed mood but also by difficulties in affect regulation, which may contribute to the use of self-harm as a way of coping with difficult to bear emotional states.

The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) showed statistically significant differences ($U=13500$; $p<0,001$; $r=0,24$). The NSSI group demonstrated significantly lower self-esteem scores (27.9 ± 4.8 points) compared to the control group (30.5 ± 4.3 points). This result supports theoretical models linking low self-esteem with increased vulnerability to the development of various forms of maladaptive behavior, including self-harm. Low self-esteem can contribute to the formation of a negative self-concept, which, combined with difficulties in affective regulation, creates the basis for autoaggressive behavior.

The Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ) showed statistically significant differences in all subscales. Physical aggression ($U=14000$; $p<0,001$; $r=0,22$) was significantly higher in the NSSI group (24.1 ± 7.3 vs. 20.1 ± 6.3 points). Anger ($U=14200$; $p<0,001$; $r=0,21$) also showed higher scores in the self-harm group (17.2 ± 5.8 vs. 14.1 ± 5.2 points). Hostility ($U=14300$; $p<0,001$; $r=0,20$) was expressed more strongly in the NSSI group (18.6 ± 6.1 vs. 15.2 ± 5.4 points). The total aggression score ($U=13800$; $p<0,001$; $r=0,23$) was 59.9 ± 17.1 points in the NSSI group versus 49.4 ± 14.2 points in the control group. These results indicate that self-harming behavior can be considered a form of autoaggression, closely associated with a general tendency toward aggressive reactions and difficulties in anger management.

The Big Five Personality Questionnaire (5PFQ) revealed significant differences in several personality traits. Neuroticism showed the most pronounced differences ($U=12800$; $p<0,001$; $r=0,26$) with scores of 3.0 ± 1.3 in the NSSI group versus 2.2 ± 1.2 in the control group. This result confirms the central role of neuroticism as a personality predictor of vulnerability to the development of self-harming behavior. High neuroticism is characterized by emotional lability, a tendency to experience negative emotions, and increased reactivity to stress, which creates fertile ground for the development of maladaptive coping strategies. Conscientiousness showed statistically significant, but less pronounced differences ($U=16500$; $p=0,002$; $r=0,14$). Lower scores on conscientiousness in the NSSI group (4.4 ± 1.3 vs. 4.8 ± 1.2 points) reflect difficulties with

группе НССП (4,4±1,3 против 4,8±1,2 баллов) отражают трудности с самоконтролем, планированием и следованием социальным нормам, что может способствовать импульсивной реализации самоповреждающих действий. Доброжелательность продемонстрировала слабые, но значимые различия ($U=17500$; $p=0,038$; $r=0,09$), с несколько более низкими показателями в группе НССП (4,6±1,0 против 4,8±1,0 баллов). Этот результат может отражать общие трудности в межличностных отношениях и сниженную способность к эмпатии, характерные для лиц с самоповреждающим поведением. Экстраверсия и открытость опыту не показали статистически значимых различий между группами, что свидетельствует об относительной независимости НССП от этих личностных характеристик.

В целом, психометрический профиль группы с самоповреждающим поведением характеризуется сочетанием высокого невротизма, импульсивности, тревожности, депрессивной симптоматики, агрессивности и низкой самооценки при относительно сохранных показателях экстраверсии и открытости опыту. Этот профиль соответствует современным представлениям о самоповреждении как сложном поведенческом феномене, возникающем на пересечении эмоциональной дисрегуляции, импульсивности и личностной уязвимости.

Интегральная модель факторов риска самоповреждающего поведения

Методологическая основа отбора переменных в нашем исследовании основывалась на принципах пошагового регрессионного анализа с использованием метода обратного исключения (Backward Elimination) с критерием отношения правдоподобия (Backward: LR). Данный подход представляет собой итеративный процесс, сочетающий статистические критерии и содержательную обоснованность.

Процесс отбора переменных для итоговой модели риска самоповреждающего поведения включал четыре этапа:

Первый этап: формирование исходного пула предикторов

Исходный набор переменных для включения в модель был сформирован на основе результатов однофакторного анализа. В первоначальную модель вошли все переменные, показавшие статистическую значимость на уровне $p<0,1$ в предварительных анализах:

а) демографические и поведенческие факторы:

- суицидальные мысли ($\chi^2=47,2$, $p<0,001$);
- психотравмирующие события ($\chi^2=17,8$, $p<0,001$);
- дисгармоничные отношения в семье ($\chi^2=35,2$, $p<0,001$);
- курение ($\chi^2=8,1$, $p=0,004$);
- потребление алкоголя ($\chi^2=9,4$, $p=0,002$);
- интерес к опасному контенту ($\chi^2=29,5$, $p<0,001$);
- модификации тела ($\chi^2=17,2$, $p<0,001$);

self-control, planning, and following social norms, which may contribute to the impulsive implementation of self-harming actions. Agreeableness demonstrated weak but significant differences ($U=17500$; $p=0.038$; $r=0.09$), with slightly lower scores in the NSSI group (4.6±1.0 vs. 4.8±1.0 points). This result may reflect general difficulties in interpersonal relationships and reduced empathy, characteristic of individuals with self-harming behavior. Extraversion and openness to experience did not show statistically significant differences between the groups, indicating the relative independence of NSSI from these personality characteristics.

Overall, the psychometric profile of the self-harming group is characterized by a combination of high neuroticism, impulsivity, anxiety, depressive symptoms, aggressiveness, and low self-esteem, with relatively intact levels of extroversion and openness to experience. This profile is consistent with modern understanding of self-harm as a complex behavioral phenomenon arising at the intersection of emotional dysregulation, impulsivity, and personality vulnerability.

Integral model of risk factors for self-harmful behavior

The methodological basis for selecting variables in our study was based on the principles of stepwise regression analysis using the backward elimination method (Backward Elimination) with the likelihood ratio criterion (Backward: LR). This approach is an iterative process that combines statistical criteria and substantive validity.

The process of selecting variables for the final model of self-harm risk included four steps:

Stage 1: Formation of the initial pool of predictors

The initial set of variables for inclusion in the model was formed based on the results of the univariate analysis. The initial model included all variables that demonstrated statistical significance at $p<0.1$ in preliminary analyses:

a) demographic and behavioral factors:

- suicidal thoughts ($\chi^2=47.2$, $p<0.001$);
- psychotraumatic events ($\chi^2=17.8$, $p<0.001$);
- disharmonious relationships in the family ($\chi^2=35.2$, $p<0.001$);
- smoking ($\chi^2=8.1$, $p=0.004$);
- alcohol consumption ($\chi^2=9.4$, $p=0.002$);
- interest in dangerous content ($\chi^2=29.5$, $p<0.001$);
- body modifications ($\chi^2=17.2$, $p<0.001$);
- single-parent family ($\chi^2=4.9$, $p=0.027$);
- b) psychometric indicators:
 - BIS-11: impulsivity ($U=9850$,

- неполная семья ($\chi^2=4,9, p=0,027$);
- б) психометрические показатели:
 - BIS-11: импульсивность ($U=9850, p<0,001$);
 - Beck-A: тревога ($U=11200, p<0,001$);
 - Beck-D: депрессия ($U=12500, p<0,001$);
 - Rosenberg: самооценка ($U=13500, p<0,001$);
 - BPAQ: суммарный показатель агрессии ($U=13800, p<0,001$);
 - 5PFQ: невротизм ($U=12800, p<0,001$), сознательность ($U=16500, p=0,002$), доброжелательность ($U=17500, p=0,038$).

Второй этап: итерационный процесс исключения переменных

Процесс обратного исключения осуществлялся через последовательные итерации:

Итерация 1. Из первоначальной модели исключалась переменная с наибольшим p -значением среди всех предикторов, если это p -значение превышало критический уровень 0,05. Первой была исключена переменная 5PFQ – «доброжелательность» ($p=0,142$ в многомерной модели), поскольку ее вклад оказался статистически незначимым при контроле других факторов.

Итерация 2. На следующем шаге была исключена переменная «модификации тела» ($p=0,098$) несмотря на то, что в однофакторном анализе эта переменная демонстрировала значимую связь с НССП, в многомерной модели ее вклад оказался опосредован через другие, более сильные предикторы, такие как интерес к опасному контенту и импульсивность.

Итерация 3. Была исключена переменная «неполная семья» ($p=0,083$). Анализ показал, что структурные характеристики семьи уступают по прогностической силе качественным аспектам семейных отношений, представленным переменной «дисгармоничные отношения в семье».

Третий этап: учёт концептуальной целостности модели

После нескольких итераций статистического исключения была проведена содержательная проверка модели на предмет концептуальной целостности и клинической интерпретируемости. На этом этапе были исключены переменные, демонстрирующие мультиколлинеарность и концептуальное перекрытие: шкала депрессии Бека (Beck-D) была исключена, несмотря на формальную статистическую значимость ($p=0,032$), поскольку ее вклад существенно перекрывался шкалой тревожности (Beck-A) и невротизмом. Анализ коэффициентов инфляции дисперсии (VIF) показал значения выше 3,0, что свидетельствовало о существенной мультиколлинеарности; шкала самооценки Розенберга была исключена по аналогичным причинам – её прогностическая сила оказалась опосредована через более фундаментальные конструкторы невротизма и тревожности; суммарный показатель агрессии (BPAQ) был исключён в пользу сохранения более специфических психологи-

- $p<0,001$);
- Beck -A: anxiety ($U=11200, p<0,001$);
- Beck-D: depression ($U=12500, p<0,001$);
- Rosenberg: self-esteem ($U=13500, p<0,001$);
- BPAQ: total aggression score ($U=13800, p<0,001$);
- 5PFQ: neuroticism ($U=12800, p<0,001$), conscientiousness ($U=16500, p=0,002$), agreeableness ($U=17500, p=0,038$).

Second stage: iterative process of eliminating variables

The backward elimination process was carried out through successive iterations:

Iteration 1. The variable with the highest p -value among all predictors was excluded from the initial model if this p -value exceeded the critical level of 0.05. The first variable to be excluded was 5PFQ – “agreeableness” ($p=0.142$ in the multivariate model), since its contribution was statistically insignificant when controlling for other factors.

Iteration 2. In the next step, the variable “body modifications” was excluded ($p=0.098$) despite the fact that in the univariate analysis this variable demonstrated a significant association with NSSI, in the multivariate model its contribution was mediated through other, stronger predictors, such as interest in dangerous content and impulsivity.

Iteration 3. The variable “single-parent family” was excluded ($p=0.083$). The analysis showed that structural family characteristics were less predictive than the qualitative aspects of family relationships, represented by the variable “disharmonious family relationships.”

Stage three: taking into account the conceptual integrity of the model

After several iterations of statistical exclusion, a substantive test of the model was conducted for conceptual integrity and clinical interpretability. At this stage, variables demonstrating multicollinearity and conceptual overlap were excluded: the Beck Depression Inventory (Beck-D) was excluded, despite formal statistical significance ($p=0.032$), since its contribution significantly overlapped with the Beck Anxiety Inventory (Beck-A) and neuroticism. Variance inflation factor (VIF) analysis showed values above 3.0, indicating significant multicollinearity; the Rosenberg Self-Esteem Scale was excluded for similar reasons – its predictive power turned out to be mediated through more fundamental constructs of neuroticism and anxiety; The BPAQ aggression score was excluded in favor of retaining more specific psychological constructs, as its relationship with NSSI in the

ческих конструкторов, поскольку его связь с НССП в многомерной модели оказалась менее значимой при контроле импульсивности и тревожности.

Четвёртый этап: проверка устойчивости модели

После достижения модели, в которой все предикторы имели $p < 0,05$, была проведена серия проверок: анализ чувствительности – сравнение с моделью, построенной методом прямого включения (Forward LR), показало сходный набор финальных предикторов, что подтвердило устойчивость результатов; проверка на мультиколлинеарность – все VIF в финальной модели были ниже 2,0, что свидетельствует об отсутствии проблем мультиколлинеарности; анализ выбросов и влиятельных наблюдений – не зафиксировано наблюдений, существенно влияющих на коэффициенты модели.

Пятый этап: содержательная интерпретация финальной модели

Финальная модель включила переменные, представляющие независимые концептуальные домены риска НССП: импульсивность (BIS-11) – представляет домен дефицитов поведенческого контроля; тревога (Beck-A) – представляет домен эмоциональной дисрегуляции; интерес к опасному контенту – представляет домен девиантных поведенческих паттернов; дисгармоничные отношения в семье – представляет средовой домен риска; невротизм (5PFQ) – представляет личностный домен уязвимости.

multivariate model was less significant when controlling for impulsivity and anxiety.

Step 4: Testing the Model's Robustness

After achieving a model in which all predictors had $p < 0,05$, a series of checks were performed: sensitivity analysis – comparison with the model constructed using the forward LR method showed a similar set of final predictors, which confirmed the stability of the results; checking for multicollinearity – all VIFs in the final model were below 2.0, indicating the absence of multicollinearity problems; analysis of outliers and influential observations – no observations significantly influencing the model coefficients were recorded.

Stage Five: Substantive Interpretation of the Final Model

The final model included variables representing independent conceptual domains of NSSI risk: impulsivity (BIS-11) – represents the domain of behavioral control deficits; anxiety (Beck-A) – represents the domain of emotional dysregulation; and interest in dangerous content – represents the domain of deviant behavioral patterns; disharmonious relationships in the family – represents the environmental risk domain; n Euroticism (5PFQ) – represents the personal vulnerability domain.

Таблица / Table 3

Факторы риска самоповреждающего поведения у лиц призывного возраста неклинической популяции (бинарная логистическая регрессия) / Risk factors for self-harming behavior in conscription-age individuals of the non-clinical population (binary logistic regression)

Предиктор Predictor	B	SD	Wald	p	Exp (B)[OR]	95% ДИ для OR 95% CI for OR
Константа Constant	-6,892	1,845	13,961	<0,001	0,001	
Фактор 1: Аффективно-импульсивная дисрегуляция Factor 1: Affective-impulsive dysregulation						
Шкала импульсивности Impulsivity scale (BIS-11)	0,048	0,018	7,114	0,008	1,049	1,013-1,087
Шкала тревоги Anxiety scale (Beck-A)	0,085	0,032	7,063	0,008	1,089	1,023-1,159
Фактор 2: Деструктивный копинг и девиантность Factor 2: Destructive coping and deviance						
Интерес к опасному контенту (+) Interest in dangerous content (+)	1,452	0,512	8,042	0,005	4,271	1,565-11,656
Фактор 3: Семейное неблагополучие Factor 3: Family dysfunction						
Дисгармоничные отношения в семье (+) Disharmonious relationships in the family (+)	1,338	0,452	8,761	0,003	3,811	1,570-9,250
Фактор 4: Личностная уязвимость Factor 4: Personal vulnerability						
Невротизм (5PFQ) Neurotism (5PFQ)	0,401	0,178	5,075	0,024	1,493	1,054-2,115

Примечание / Note: В (В-коэффициент) – это логит-коэффициент или коэффициент регрессии. Показатели качества модели: 2 Log Likelihood / В (В-coefficient) is the logit coefficient or regression coefficient. Model quality indicators: 2 Log Likelihood: 385,42; коэффициент детерминации Нагелькерке / Nagelkerke coefficient of determination (R²): 0,387; тест Хосмера-Лемешоу / Hosmer-Lemeshow test: $\chi^2=6,128, p=0,633$. Классификация: модель корректно классифицировала 86,2% случаев / Classification: the model correctly classified 86.2% of cases.

Обоснование исключения социально - демографических переменных

Переменные курение и употребление алкоголя, значимые в однофакторном анализе, были исключены из финальной модели, поскольку их связь с НССП оказалась опосредована через импульсивность и интерес к опасному контенту. Это соответствует современным теоретическим представлениям о том, что курение и употребление алкоголя являются частью общего синдрома девиантного поведения, а не независимыми факторами риска НССП.

Процесс отбора переменных продемонстрировал принцип парасимонии – достижения максимальной объяснительной силы при минимальной сложности модели. Итоговая модель не только статистически значима, но и обладает высокой клинической интерпретируемостью, представляя собой сбалансированную интеграцию различных теоретических перспектив на природу самоповреждающего поведения (Табл. 3).

Полученные данные свидетельствуют о том, что несуицидальное самоповреждающее поведение в неклинической популяции молодых людей представляет собой многомерный феномен, возникающий в результате взаимодействия аффективных, регуляторных, личностных и средовых детерминант.

На основе проведённого многомерного анализа выявлена комплексная модель риска, состоящая из четырех взаимосвязанных факторов (Рис. 1).

Фактор 1. Аффективно-импульсивная дисрегуляция. Психологический механизм этого фактора представляет собой нарушение системы эмоциональной саморегуляции, при котором сочетаются гипервозбуждение (тревога как постоянный фон), дефицит контроля (импульсивность как неспособность сдерживать побуждения).

Клиническая характеристика: тревога (Beck-A) создаёт состояние постоянного психофизиологического напряжения, «предготовности» к угрозе. Участники с НССП демонстрируют средние баллы 14,2±10,1 против 7,2±7,5 в контроле ($p<0,008$). Импульсивность (BIS-11) проявляется как неспособность отсрочить реакцию, склонность к быстрым, необдуманным действиям. (65,8±16,3 против 51,3±13,8; $p<0,008$).

Поведенческий паттерн – самоповреждение выступает как мгновенный регулятор в качестве способа быстро снизить непереносимое эмоциональное напряжение. Акт самоповреждения обеспечивает мгновенное отвлечение от тревоги через физическую боль, быстрый «выход» накопленного импульсивного напряжения, временное ощущение контроля над непереносимыми эмоциями.

Фактор 2. Деструктивный копинг и девиантность. Психологический механизм кроется в формировании дезадаптивных стратегий совладания со стрессом, где самоповреждение интегрируется в общую систему девиантного поведения. Клиническая характеристика: интерес к опасному контенту (OR=4,27; $p=0,005$) высту-

Rationale for excluding socio-demographic variables

The variables smoking and alcohol consumption, which were significant in the univariate analysis, were excluded from the final model because their association with NSSI was mediated by impulsivity and interest in dangerous content. This is consistent with current theoretical concepts that smoking and alcohol consumption are part of a general syndrome of deviant behavior rather than independent risk factors for NSSI.

The variable selection process demonstrated the principle of parsimony – achieving maximum explanatory power with minimal model complexity. The final model is not only statistically significant but also highly clinically interpretable, representing a balanced integration of various theoretical perspectives on the nature of self-harmful behavior (Table 3).

The findings suggest that non-suicidal self-injury behavior in a non-clinical population of young people is a multidimensional phenomenon that arises from the interaction of affective, regulatory, personality, and environmental determinants.

Based on the conducted multivariate analysis, a complex risk model was identified, consisting of four interrelated factors (Fig. 1).

Factor 1. Affective-impulsive dysregulation. The psychological mechanism of this factor is a disruption of the emotional self-regulation system, which combines hyperarousal (anxiety as a constant background) and a lack of control (impulsivity as an inability to restrain impulses).

Clinical characteristics: anxiety (Beck-A) creates a state of constant psychophysiological tension, "preparedness" for a threat. Participants with NSSI demonstrate average scores of 14.2±10.1 versus 7.2±7.5 in the control group ($p<0.008$). Impulsivity (BIS-11) manifests itself as an inability to delay a reaction, a tendency to quick, rash actions. (65.8±16.3 versus 51.3±13.8; $p<0.008$).

Self-harm, a behavioral pattern, acts as an immediate regulator, a way to quickly reduce unbearable emotional stress. The act of self-harm provides an immediate distraction from anxiety through physical pain, a quick release of accumulated impulsive tension, and a temporary sense of control over unbearable emotions.

Factor 2. Destructive coping and deviance. The psychological mechanism lies in the formation of maladaptive coping strategies with stress, where self-harm is integrated into the overall system of deviant behavior. Clinical characteristic: interest in dangerous content (OR=4.27; $p=0.005$) serves as a marker of the search for maladaptive behavior models

пает маркером поиска дезадаптивных моделей поведения и идентификации с девиантными субкультурами. Более высокая распространенность курения (49% против 33,8%; $p=0,004$) и употребления алкоголя (58,3% против 41,8%; $p=0,002$) в группе НССП поддерживает концепцию, когда самоповреждение является частью широкого спектра рискованного поведения, направленного на регуляцию эмоционального состояния.

Поведенческий паттерн: самоповреждение становится частью системы девиантной саморегуляции, где потенциально опасный контент предоставляет «нормализацию» и сценарии самоповреждающего поведения. Психоактивные вещества и самоповреждение используются как взаимодополняющие способы регуляции состояния. Формируется девиантная идентичность, где самоповреждение может иметь символическое значение.

Фактор 3. *Семейное неблагополучие*. Психологический механизм представлен в том, что хронический семейный стресс создаёт среду, где не формируются адаптивные навыки эмоциональной регуляции и отсутствует внешняя поддержка. Дисгармоничные отношения в семье были зафиксированы у 53,1% молодых людей с НССП против 23,6% в контрольной группе ($p<0,001$) с OR 3,81 в многомерной модели.

Поведенческий паттерн состоит в том, что семейная система характеризуется эмоциональной депривацией – отсутствием эмпатического отклика на переживания, хаотичными правилами и реакциями, моделированием дезадаптивного поведения – демонстрацией неконструктивных способов совладания. Самоповреждение в этом контексте может выполнять функции «крика о помощи» в системе, где другие способы коммуникации не работают, способа самонаказания при интернализации семейного конфликта, попытки восстановить контроль в условиях дисгармоничной семейной среды.

Фактор 4. *Личностная уязвимость*. Психологический механизм – констелляция личностных черт, создающая predisposition к эмоциональной неустойчивости и трудностям саморегуляции.

Клиническая характеристика: невротизм (OR=1,49; $3,0\pm 1,3$ против $2,2\pm 1,2$ ($p<0,001$), низкая сознательность – тенденция к снижению планирования и самоконтроля, сниженная доброжелательность – трудности в межличностных отношениях. Личностная уязвимость, представленная преимущественно невротизмом, завершает мультифакторальную модель риска. Показатели невротизма в группе НССП значительно превышали контрольные значения в финальной регрессионной модели.

Высокий невротизм, характеризующийся склонностью к интенсивным негативным эмоциям и эмоциональной лабильностью, создает predisposition к развитию различных форм психического дистресса. В сочетании с выявленными средовыми и поведенческими факторами, эта личностная черта существенно повышает уязвимость к развитию дезадаптивных стратегий регуляции, включая НССП.

and identification with deviant subcultures. The higher prevalence of smoking (49% vs. 33.8%; $p=0.004$) and alcohol consumption (58.3% vs. 41.8%; $p=0.002$) in the NSSI group supports the concept that self-harm is part of a wide range of risky behaviors aimed at regulating the emotional state.

Behavioral pattern: self-harm becomes part of a deviant self-regulation system, where potentially dangerous content provides "normalization" and scenarios for self-harming behavior. Psychoactive substances and self-harm are used as complementary methods of regulating the state. A deviant identity is formed, in which self-harm can have symbolic significance.

Factor 3. *Family dysfunction*. The psychological mechanism is that chronic family stress creates an environment where adaptive emotional regulation skills are not developed and external support is lacking. Disharmonious family relationships were recorded in 53.1% of young people with NSSI compared to 23.6% in the control group ($p<0.001$), with an OR of 3.81 in the multivariate model.

The behavioral pattern is that the family system is characterized by emotional deprivation – a lack of empathic response to experiences, chaotic rules and reactions, and the modeling of maladaptive behavior – demonstrating unconstructive coping methods. Self-harm in this context can function as a "cry for help" in a system where other communication methods fail, a method of self-punishment during the internalization of family conflict, and an attempt to regain control in a disharmonious family environment.

Factor 4. *Personality vulnerability*. Psychological mechanism – a constellation of personality traits that creates a predisposition to emotional instability and difficulties in self-regulation.

Clinical characteristics: neuroticism (OR=1.49; 3.0 ± 1.3 vs. 2.2 ± 1.2 ($p<0.001$), low conscientiousness – a tendency to decrease planning and self-control, decreased agreeableness – difficulties in interpersonal relationships. Personal vulnerability, represented mainly by neuroticism, completes the multifactorial risk model. Neuroticism indicators in the NSSI group significantly exceeded the control values in the final regression model. High neuroticism, characterized by a tendency to intense negative emotions and emotional lability, creates a predisposition to the development of various forms of mental distress.

In combination with the identified environmental and behavioral factors, this personality trait significantly increases vulnerability to the development of maladaptive regulation strategies, including NSSI.



Рис. / Fig. 1. Динамика развития риска НССП у лиц призывного возраста неклинической популяции / Dynamics of development of NSSI risk in persons of conscription age of the non-clinical population.

Поведенческий паттерн: высокий невротизм создает эмоциональную лабильность – интенсивные и быстро меняющиеся эмоции; негативный аффект – преобладание негативных эмоциональных состояний; гиперчувствительность к стрессу – повышенную реактивность на фрустрирующие ситуации.

Представленная четырёхфакторная модель обеспечивает всестороннюю концептуальную основу для понимания сложных механизмов НССП в неклинической популяции молодых людей призывного возраста и предлагает конкретные мишени для профилактических и терапевтических вмешательств.

Заключение и выводы

Проведённое исследование позволило сформулировать и эмпирически верифицировать интегральную модель риска несуицидального самоповреждающего поведения (НССП) у мужчин призывного возраста в неклинической популяции. На основании комплексного анализа социально-демографических, поведенческих и психометрических данных, полученных в ходе обследования 507 юношей и молодых мужчин (средний возраст 19,68 года), была выявлена устойчивая и клинически значимая конструкция, включающая четыре взаимосвязанных фактора риска, каждый из которых представляет отдельный домен патогенеза НССП.

Во-первых, аффективно-импульсивная дисрегуляция выступает как ключевой нейропсихологический механизм, объединяющий повышенный уровень тревоги и дефицит импульсивного контроля. Данные показывают, что призывники с НССП достоверно отличаются по показателям по шкалам тревоги Бека (14,2±10,1 против

Behavioral pattern: high neuroticism creates emotional lability – intense and rapidly changing emotions; negative affect – a predominance of negative emotional states; hypersensitivity to stress – increased reactivity to frustrating situations.

The presented four-factor model provides a comprehensive conceptual framework for understanding the complex mechanisms of NSSI in a non-clinical population of military-aged young adults and suggests specific targets for preventive and therapeutic interventions.

Conclusion and findings

The conducted study allowed us to formulate and empirically verify an integrated model of non-suicidal risk self-injurious behavior (NSSI) in conscription-age men in a non-clinical population. Based on a comprehensive analysis of sociodemographic, behavioral, and psychometric data obtained during a survey of 507 adolescent boys and young men (mean age 19.68 years), a stable and clinically significant construct was identified, comprising four inter-related risk factors, each representing a distinct domain of NSSI pathogenesis.

First, affective-impulsive dysregulation is a key neuropsychological mechanism that combines elevated anxiety and impulse control deficits. The data show that conscripts with NSSI significantly differ in their scores on the Beck Anxiety Inventory (14.2±10.1 vs. 7.2±7.5; $p<0.008$) and Barratt Impulsivity Inventory (65.8±16.3 vs. 51.3±13.8; $p<0.008$). This supports the hypothesis that self-harm

7,2±7,5; $p<0,008$) и импульсивности Барратта (65,8±16,3 против 51,3±13,8; $p<0,008$). Это подтверждает гипотезу о том, что самоповреждение функционирует как экстренная, хотя и дезадаптивная, стратегия регуляции интенсивного аффективного напряжения.

Во-вторых, деструктивный копинг и девиантность характеризуют поведенческий уровень риска. Интерес к опасному Интернет-контенту оказался сильнейшим поведенческим предиктором НССП (OR=4,27; $p=0,005$), выступая маркером вовлечённости в девиантные поведенческие паттерны. Ассоциация с курением и употреблением алкоголя несмотря на то, что статистически значима на однофакторном уровне, в многомерной модели оказалась опосредованной через импульсивность и интерес к рискованному контенту, что согласуется с концепцией единого синдрома девиантного поведения.

В-третьих, семейное неблагополучие, представленное дисгармоничными отношениями в семье, обнаружилось у более чем половины лиц с НССП (53,1% против 23,6%; $p<0,001$). В финальной модели этот фактор продемонстрировал высокую прогностическую силу (OR=3,81; $p=0,003$), подчёркивая роль хронического семейного стресса как средового триггера, препятствующего формированию адаптивных копинг-стратегий и поддерживающей функции социальной среды.

В-четвёртых, личностная уязвимость, в первую очередь выраженная в высоком уровне невротизма (3,0±1,3 против 2,2±1,2; $p<0,001$), завершает патогенетическую цепочку. Невротизм в финальной модели стал единственным личностным предиктором (OR=1,49; $p=0,024$), что подтверждает его статус фундаментального фактора уязвимости к эмоциональной дезадаптации и использованию самоповреждения как способа совладания.

Интегральная модель демонстрирует высокую прогностическую и диагностическую эффективность: коэффициент детерминации Нагелькерке (R^2) составил 0,387, а точность классификации – 86,2%. Тест Хосмера–Лемешоу ($p=0,633$) подтвердил адекватность модели. Все переменные обладают низкой мультиколлинеарностью ($VIF < 2,0$) и устойчивы к изменениям в методе отбора предикторов.

Таким образом, НССП у лиц призывного возраста не является изолированным симптомом, а представляет собой сложный поведенческий феномен, возникающий на стыке личностной предрасположенности, семейной дезадаптации, аффективной неустойчивости и девиантных поведенческих стратегий. Предложенная модель вносит вклад в теоретическое понимание НССП в гендерно и социально специфической группе и обеспечивает основу для разработки многоуровневых профилактических и диагностических стратегий – от скрининга на основе кратких психометрических инструментов до целенаправленных интервенций, ориентированных на эмоциональную регуляцию, семейную поддержку и коррекцию девиантных форм саморегуляции.

functions as an emergency, albeit maladaptive, strategy for regulating intense affective tension.

Second, destructive coping and deviance characterize the behavioral level of risk. Interest in dangerous internet content proved to be the strongest behavioral predictor of NSSI (OR=4.27; $p=0.005$), serving as a marker of involvement in deviant behavioral patterns. The association with smoking and alcohol consumption, although statistically significant at the univariate level, was mediated in the multivariate model through impulsivity and interest in risky content, which is consistent with the concept of a unified syndrome of deviant behavior.

Third, family dysfunction, represented by disharmonious family relationships, was found in more than half of individuals with NSSI (53.1% vs. 23.6%; $p<0.001$). In the final model, this factor demonstrated high predictive power (OR=3.81; $p=0.003$), emphasizing the role of chronic family stress as an environmental trigger that hinders the development of adaptive coping strategies and the supportive function of the social environment.

Fourth, personality vulnerability, primarily expressed in high levels of neuroticism (3.0±1.3 vs. 2.2±1.2; $p<0.001$), completes the pathogenetic chain. Neuroticism in the final model became the only personality predictor (OR=1.49; $p=0.024$), which confirms its status as a fundamental vulnerability factor to emotional maladjustment and the use of self-harm as a coping method.

The integrated model demonstrates high prognostic and diagnostic effectiveness: the Nagelkerke coefficient of determination (R^2) was 0.387, and the classification accuracy was 86.2%. The Hosmer – Lemeshow test ($p=0.633$) confirmed the adequacy of the model. All variables exhibit low multicollinearity ($VIF < 2.0$) and are robust to changes in the predictor selection method.

Thus, NSSI in conscription-age individuals is not an isolated symptom, but a complex behavioral phenomenon arising at the intersection of personality predisposition, family maladjustment, affective instability, and deviant behavioral strategies. The proposed model contributes to the theoretical understanding of NSSI in a gender and socially specific group and provides a basis for the development of multi-level preventive and diagnostic strategies – from screening using brief psychometric instruments to targeted interventions focused on emotional regulation, family support, and the correction of deviant forms of self-regulation.

The obtained results have practical significance for the system of military medical examination and mental health services in the

Полученные результаты имеют практическое значение для системы военно-врачебной экспертизы и служб психического здоровья в общей системе здравоохранения, поскольку позволяют перейти от фрагментарной оценки отдельных симптомов к целостному, дифференцированному и теоретически обоснованному подходу к выявлению и профилактике НССП у молодых мужчин призывного возраста.

Ограничения. Настоящее исследование имеет ряд методологических ограничений, которые следует учитывать при интерпретации полученных результатов.

1. Поперечный дизайн исследования. Исследование носит кросс-секционный характер, что не позволяет установить причинно-следственные связи между выявленными факторами и НССП. Для подтверждения прогностической валидности необходимы лонгитюдные данные.

2. Специфичность выборки. Исследование проведено на неклинической выборке мужчин призывного возраста, что ограничивает обобщаемость результатов на другие популяции (женщины, клинические группы, другие возрастные популяции).

3. Ограниченная оценка контекста онлайн-поведения. Переменная «интерес к опасному контенту» измерялась как дихотомический признак без детализации типов контента, частоты взаимодействия или мотивации его потребления. Это может снижать глубину понимания роли цифровой среды в формировании НССП.

4. Отсутствие независимой валидации модели. Несмотря на то, что модель продемонстрировала высокую внутреннюю согласованность и устойчивость при альтернативных методах отбора предикторов, её прогностическая способность не проверялась на внешней (независимой) выборке.

Эти ограничения могут стать основой для будущих исследований – в частности, лонгитюдных, мультицентровых и мультимедийных.

general healthcare system, since they allow us to move from a fragmented assessment of individual symptoms to a holistic, differentiated and theoretically sound approach to the identification and prevention of NSSI in young men of conscription age.

Limitations. The present study has several methodological limitations that should be considered when interpreting the findings.

1. Cross-sectional design. The study is cross-sectional, which precludes establishing causal relationships between the identified factors and NSSI. Longitudinal data are required to confirm the model's predictive validity.

2. Sample specificity. The study was conducted on a non-clinical sample of military-aged males, limiting the generalizability of the results to other populations (e.g., females, clinical groups, or other age groups).

3. Limited assessment of online behavior context. The variable “interest in dangerous online content” was measured as a dichotomous indicator without detailed assessment of content types, frequency of interaction, or motivations for consumption. This may reduce the depth of understanding regarding the role of the digital environment in NSSI development.

4. Lack of independent model validation. Although the model demonstrated high internal consistency and stability across alternative predictor selection methods, its predictive performance was not tested on an external (independent) sample.

These limitations may serve as a basis for future research – particularly longitudinal, multicenter, and multimodal studies.

Литература / References:

- Zhou J, Hu S, Wu H, et al. From thoughts to actions: a longitudinal examination of NSSI risk factors in adolescence. *Psychol Res Behav Manag.* 2025 Sep 10; 18: 1915–1930. DOI: 10.2147/PRBM.S545595
- Зотов П.Б., Калашников А.А., Скрябин Е.Г. и др. Самоповреждения и раны у погибших от суицида (ретроспективный анализ). *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (1): 38–43. [Zotov PB, Kalashnikov AA, Skryabin EG, et al. Self-cuts and wounds in suicide victims (retrospective analysis). *Academic Journal of West Siberia.* 2022; 18 (1): 38–43.] DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-38-43
- Ling Y, Gu Y, Solomon OM, et al. A review of the scope of non-suicidal self-injury behavior in adolescents with depressive disorders: an analysis of related influencing factors. *BMC Psychiatry.* 2025 Oct 1; 25 (1): 913. DOI: 10.1186/s12888-025-07361-7
- He Y, Jiang W, Wang W, et al. Adverse childhood experiences and nonsuicidal self-injury and suicidality in Chinese adolescents. *JAMA Netw Open.* 2024 Dec 2; 7 (12): e2452816. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.52816
- Yang W, Lian K, Cheng YQ, et al. Network analysis of adolescent non-suicidal self-injury subgroups identified through latent profile analysis. *World J Psychiatry.* 2024 Dec 19; 14 (12): 1936–1946. DOI: 10.5498/wj.v14.i12.1936
- Евсеев В.Д., Пешковская А.Г., Бохан Н.А., Мандель А.И. Скрининговое исследование несуицидальных форм самоповреждающего поведения у лиц призывного возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2021; 121 (8): 54–60. [Evseev VD, Peshkovskaya AG, Bokhan NA, Mandel AI. A screening study of non-suicidal forms self-injurious behavior in persons of draft age. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2021; 121 (8): 54–60.] (In Russ) DOI: 10.17116/jnevro202112108154
- Евсеев В.Д., Мандель А.И., Кадочникова С.В. Несуицидальные самоповреждения и подверженность к модификации тела в неклинической популяции мужчин призывного возраста. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2022; 3 (116): 5–14. [Evseev VD, Mandel AI, Kadochnikova SV. Non-suicidal self-harm and susceptibility to body modification in a non-clinical population of military-age men. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2022; 3 (116): 37–43.] (In Russ) DOI: 10.26617/1810-3111-2022-3(116)-5-14
- Евсеев В.Д., Бохан Н.А., Мандель А.И., Кадочникова С.В. Связь несуицидальных самоповреждений с тревогой, депрессией и агрессивным поведением у лиц призывного возраста. *Психиатрия.* 2022; 20 (4): 27–35. [Evseev VD, Bokhan NA, Mandel AI, Kadochnikova SV. Association of non-suicidal self-harm with anxiety, depression and aggressive behavior in young men of military age. *Psychiatry = Psikiatriya (Moscow).* 2022; 20 (4): 27–35.] (In Russ) DOI: 10.30629/2618-6667-2022-20-4-27-35
- Liu Y, Yang Y, Li R, et al. Interaction among negative mood, sleep, and diet habits in adolescents with non-suicidal self-injury: a cross-sectional network analysis. *J Affect Disord.* 2025 Feb 1; 370: 313–320. DOI: 10.1016/j.jad.2024.11.007

10. Peshkovskaya A, Evseev V, Matsuta V, Myagkov M. Social media content preferences and non-suicidal self-injuries in youth. September 2020. European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology. 40 (1): S388. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2020.09.503
11. Wang W, Wu M, Yuan X, Wang X, Ma L, Li L, Zhang L. Objectively measured smartphone use and non-suicidal self-injury among college students: cross-sectional study. *JMIR Ment Health*. 2025 Jul 30; 12: e71264. DOI: 10.2196/71264. PMID: 40737603
12. Аксельров М.А., Бохан Н.А., Бухна А.Г. и др. Суицидальные и несуйцидальные самоповреждения подростков. Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2023. 472 с. [Akselrov M.A., Bohan N.A., Bukhna A.G. et al. Suicidal and non-suicidal self-harm of adolescents. Moscow: GEOTAR-Media, 2023. 472 p.] (In Russ) DOI 10.33029/9704-7405-1-SNP-2023-1-472
13. 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
14. Brühl D, Neubauer V, Dale R, et al. Suicide risk and influencing factors among Austrian veterinary medicine students. *Res Vet Sci*. 2025 Sep; 193: 105770. DOI: 10.1016/j.rvsc.2025.105770

AN INTEGRAL MODEL OF RISK FACTORS FOR NONSUICIDAL SELF-INJURIOUS BEHAVIOR AMONG NONCLINICAL ADOLESCENT MALES OF DRAFT AGE

V.D. Evseev

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

Abstract:

Non-suicidal self-injurious behavior (NSSI) is a significant mental health problem among conscription-age men, but remains poorly studied in non-clinical populations, especially in the Russian context. Existing risk models rarely take into account the gender and social specifics of this group. *Aim:* to develop and empirically verify an integrated model of risk factors for SHB in conscription-age men in the non-clinical population. *Materials and methods:* the study involved 507 men aged 18–30 years (mean age 19.68±2.07 years) undergoing a medical examination at a military commissariat. SHB was diagnosed based on DSM-V criteria. A set of psychometric methods was used: the Five-Factor Personality Questionnaire (5PFQ), the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Inventory (BDI), the Barratt Impulsivity Scale (BIS-11), the Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ), and others. For the analysis, we used univariate methods (χ^2 criterion, Mann–Whitney U) and binary logistic regression with stepwise selection of variables. *Results.* The overall prevalence of NSSI in the sample was 18.9% (n=96). The final integrated model included five key predictors combined into four factors: affective-impulsive dysregulation: high rates of impulsivity (BIS-11; OR=1.049; $p=0.008$) and anxiety (BAI; OR=1.089; $p=0.008$); destructive coping: interest in dangerous Internet content (OR=4.271; $p=0.005$); family dysfunction: disharmonious relationships in the family (OR=3.811; $p=0.003$); Personality vulnerability: high neuroticism (5PFQ; OR=1.493; $p=0.024$). The model demonstrated good psychometric properties: Nagelkerke determination coefficient $R^2=0.387$, classification accuracy – 86.2%, Hosmer-Lemeshow test confirmed the adequacy of the model ($p=0.633$). *Conclusions.* NSSI in individuals of conscription age is a multidimensional phenomenon formed at the intersection of personality predisposition (neuroticism), emotional-regulatory deficit (anxiety, impulsivity), deviant behavioral patterns and unfavorable family background. The proposed model provides a theoretical basis for the development of differentiated preventive and screening measures in the system of military medical examination and mental health services.

Keywords: non-suicidal self-harming behavior, conscription age, risk factors, integrated model, impulsivity, anxiety, family relationships, neuroticism, non-clinical population

Information about the author:

Evseev Vyacheslav D. – MD, PhD (SPIN-code: 7227-9203; ResearcherID: 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: 4 Aleutskaya str., Tomsk, 634014 Russia. Phone: +7 (3822) 44-46-11, email: slawix@mail.ru

Финансирование: Исследование выполнено за счёт бюджетного финансирования темы НИР «Мультидисциплинарное исследование клинической гетерогенности и патобиологических механизмов прогрессивного развития аддиктивных расстройств с разработкой инновационных программ терапии и дифференцированной профилактики», регистрационный номер 122020200053-1.

Financing: The study was carried out using budget funding for the research topic "Multidisciplinary study of clinical heterogeneity and pathobiological mechanisms of progressive development of addictive disorders with the development of innovative therapy programs and differentiated prevention", registration number 122020200053-1.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 19.10.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 05.12.2025.

Для цитирования: Евсеев В.Д. Интегральная модель факторов риска несуйцидального самоповреждающего поведения у лиц призывного возраста неклинической популяции. *Суицидология*. 2025; 16 (4): 104-121. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-104-121

For citation: Evseev V.D. An integral model of risk factors for nonsuicidal self-injurious behavior among nonclinical adolescent males of draft age. *Suicidology*. 2025; 16 (4): 104-121. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-104-121

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН С НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Е.Р. Гурулёва, А.В. Меринов

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

SUICIDALITY IN YOUNG WOMEN AND MEN WITH NERVOUS BULIMIA: A SYSTEMATIC REVIEW

E.R. Gurulyova, A.V. Merinov

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Сведения об авторах:

Гурулёва Елена Романовна – аспирант (SPIN-код: 7564-5262; Researcher ID: ALL-7302-2020; ORCID iD: 0000-0002-7406-4563). Место учёбы: аспирант кафедры психиатрии и психологического консультирования ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (929)-067-01-60, электронный адрес: er46280@gmail.com

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

На сегодняшний день официальная статистика иллюстрирует неутешительную тенденцию в отношении роста заболеваемости расстройствами пищевого поведения (РПП). Несмотря на большой интерес к нервной анорексии, традиционно являющейся наиболее “злокачественным” видом РПП, невозможно отрицать и заметного прироста пациентов с нервной булимией. На данный момент осуществлено значительное количество исследований, касающихся вопросов преждевременной смертности пациентов с булимией, но имеющие данные (особенно касающиеся суицидальной гибели) достаточно противоречивые. *Цель исследования* – уточнение преобладающих взглядов на концепции аутоагрессивного поведения пациентов с нервной булимией (включая суицидальные паттерны). *Материалы и методы*: выполнен систематический обзор научных публикаций в eLabrary, PubMed, Google Scholar и Semantic Scholar. В результате этапного отбора публикаций в исследование включено 25 научных работ (из 19703 исследований, первоначально отобранных по ключевым формулировкам). *Результаты и обсуждение*: из 25 работ, посвящённых суицидологическим особенностям нервной булимии, основная часть научных трудов объясняет имеющийся суицидальный риск пациентов влиянием личностных и поведенческих характеристик (чаще без уточнения преморбидного, либо приобретённого в результате нервной булимии характера), восемь работ связывают суицидальную и несуйцидальную аутоагрессию с имеющимися коморбидными состояниями, в большинстве своём – расстройствами личности, настроения и употреблением психоактивных веществ. Только четыре работы доказывают непосредственное влияние нервной булимии на суицидальное поведение респондентов без влияния коморбидной и личностной составляющей, одна работа опровергает связь нервной булимии с суицидальным риском. *Выводы*: данный систематический обзор демонстрирует наличие высокого суицидального риска у пациентов, страдающих НБ (без контекстуальной привязки). Наблюдаемые суицидальные тенденции обуславливаются хронической неудовлетворённостью телом, систематическим компенсаторным поведением (вызывание рвоты, употребление слабительных и психотропных препаратов, усиленные физические нагрузки). Несмотря на значительное количество работ, апеллирующих к влиянию преморбидных свойств личности и наличию коморбидной составляющей, в целом ряде исследований подчёркивается непосредственная связь имеющейся нервной булимии с высоким риском суицидального поведения.

Ключевые слова: расстройство пищевого поведения, нервная булимия, суицидальные попытки, суицидальные мысли, суицид, аутоагрессия, несуйцидальное аутоагрессивное поведение, суицидология

В последние десятилетия наблюдается отчётливый рост числа людей, страдающих расстройствами пищевого поведения (РПП), по некоторым данным, за последние 20 лет распространённость РПП выросла с 3,5 до 7,8%

[1]. Данный спектр нарушений характеризуется сочетанием психических, физиологических, социальных переменных, а диагностика ряда их вариантов нередко затруднительна [2]. При упоминании РПП, традиционно представляется

кахексичная девушка, избегающая приёмов пищи, регулярно контролирующая вес и скрывающаяся в одежде оверсайз. Реальные же проявления РПП (в частности, нервной булимии) далеки от подобных ярких и бросающихся в глаза картин. Современная ситуация такова, что не только обычные обыватели, но и зачастую и врачи различных специальностей не способны заподозрить РПП у человека (в силу отсутствия объективных изменений во внешности и в поведении у таких людей). Наиболее скрытым и опасным в этом смысле является нервная булимия (НБ). НБ как одно из наиболее распространённых и серьёзных в плане осложнений расстройств, проявляется эпизодами переедания, сопровождающимися чувством утраты контроля над едой с последующим компенсаторным поведением в виде вызывания рвоты, злоупотребления слабительными, психотропными препаратами с целью контроля чувства голода и насыщения, чрезмерными физическими нагрузками или экстремальными диетами вплоть до полного отказа от пищи. Распространённость подобных нарушений среди подростков и молодых людей неумолимо растёт, что связано с воздействием социальных стандартов красоты, медийным влиянием и повышением тревожности в современном мире [3]. Кроме того, НБ оказывает значимое влияние на соматическое здоровье, вызывая осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и других органов, а также нередко приводит к вторичному формированию депрессивных и тревожных расстройств [4].

Тяжесть проблемы определяется, прежде всего, высокой смертностью, связанной с НБ – одной из самых высоких среди всех психиатрических заболеваний [5]. Стандартизованное значение смертности при нервной булимии повышено от 1,6 до 2,7 раз в отношении такового в общей популяции [6]. У пациентов наблюдается повышенный риск смерти, как от осложнений вследствие компенсаторного поведения (нарушение электролитного баланса, сердечные аритмии, острая сердечная недостаточность, обезвоживание и др.), так и от высокого суицидального риска [7].

Несмотря на большое внимание к РПП в целом, основной объём исследований направлен на изучение нервной анорексии (НА), что, связано с её «узнаваемостью», большей частотой госпитализаций, высокой летальностью, в том числе, в результате суицидальной гибели [8]. Растущее же число пациентов с НБ [9], находится в менее выгодной позиции, что со-

пряжено с крайне сложной ранней, «прямой» диагностикой (объясняемой сокрытием симптомов и достаточно поздним обращением за медицинской помощью). Гораздо чаще обнаружение НБ происходит по вторичным признакам (тревожность, депрессия, суицидальные устремления), сами же симптомы НБ проявляются позднее. Вопросы смертности при НБ (в том числе, суицидальной) достаточно активно обсуждаются в научном сообществе, тем не менее, к настоящему моменту «общий знаменатель», несмотря на полученный обширный фактический материал, отсутствует. Кроме того, в имеющихся литературных источниках представлено значительное число противоречащих и несогласующихся с друг другом данных, касающихся аутоагрессивного поведения при НБ, что требует их систематизации и обобщения.

Целью данного исследования является осуществление систематического обзора литературы, посвящённой затрагиваемой тематике, направленного на конкретизацию суицидологических особенностей молодых людей с нервной булимией.

Материалы и методы

Был выполнен систематический анализ научных публикаций в базах eLibrary, PubMed, Google Scholar и Semantic Scholar. Для поиска использовался следующий запрос, составленный с использованием MeSH: ("Bulimia Nervosa" OR "bulimi" NOT "Anorexia Nervosa") AND ("Suicide" OR "Suicide, Attempted" OR "Suicidal Ideation" OR "Self-Injurious Behavior" OR "Parasuicide" OR "suicide attempt" OR "completed suicide" OR "suicidal ideation" OR "non-suicidal self-injury" OR "self-harm" OR NSSI) и соответствующая русскоязычная формула. Для повышения эффективности поиска при комбинировании MeSH и ключевых слов использовались операторы OR (любое из ключевых слов) и AND (совокупность всех ключевых слов). Даты публикаций ограничивали периодом с 1 января 2000 г. по настоящее время без ограничений по языку публикации. Отбор статей проводился в сентябре 2025 года. Дальнейший отбор статей шёл в соответствии с рекомендациями PRISMA (Murphy С.М., 2013) (рис. 1).

Критерии включения: публикации с описанием единичных случаев, серии случаев, клинические исследования, интервью, изучением систем отчётности. Критерии исключения: невозможность получить доступ к полнотекстовой статье, отзыв статьи после публикации, публикации, не содержащие статистических данных.

Отбор публикаций из числа идентифицированных статей осуществляли в три этапа: 1) скрининг по названиям и аннотациям для исключения заведомо нерелевантных статей; 2) извлечение полнотекстовых вариантов статей; 3) анализ полных текстов с учётом, обозначенных выше критериев соответствия. При соответствии критериям включения и отсутствии критериев исключения исследование отбиралось для включения в обзор.

По итогам первого этапа, на котором проводился поиск по указанным базам данных, было обнаружено 884 источника в русскоязычной базе eLibrary, 18300 статей в Google Scholar, 251 статей в базе Semantic Scholar и 271 статья в англоязычной базе PubMed. После проведённого скрининга по имеющимся резюме были исключены повторяющиеся статьи и в итоге отобрано 33 работы, удовлетворяющие критериям включения. В дальнейшем изучались полнотекстовые варианты выбранных статей, результаты обрабатывались и обсуждались авторами. В итоге, оставлено 25 работ с описанием исследований фактов завершённых суицидов, суицидальных мыслей / попыток, несуицидального аутоагрессивного поведения у молодых людей с НБ. На конечном этапе: 12 из отобранных работ касались вопросов личностных качеств пациентов с НБ, проявляющих суицидальное поведение, восемь статей затрагивали темы коморбидности респондентов с НБ, проявляющих суицидальное, несуицидальное аутоагрессивное поведение, четыре работы касались исследований непосредственно вопросов аутоагрессивного поведения лиц с НБ и одна публикация, опровергающая связь НБ с имеющейся суицидальной активностью пациентов.

Результаты и их обсуждение

Анализируя полученные данные, представленные в рис. 1 (информацией по отобранным статьям), обнаружен ряд закономерностей. Во-первых, основной пласт работ направлен на изучение пациентов с НБ женского пола. Неко-

торые авторы объясняли подобный факт малой выборкой мужчин с НБ, вследствие чего, было крайне затруднительно провести полноценное исследование (и данная категория лиц исключалась из исследования). Во-вторых, участниками были люди, зачастую имеющие высшее образование или обучающиеся в учебных заведениях; в-третьих, пациенты в подавляющем большинстве случаев проживают в развитых странах (США, Франция, Великобритания, Испания и т.д.), что обуславливает беспрепятственный доступ в интернет с специфическим влиянием социума, касающегося пропаганды худого тела. Также привлекал внимание возрастной диапазон исследуемых – обычно средний возраст респондентов приходился в диапазоне 20-25 лет, в то время как авторы, имеющие доступ к национальным регистрам пациентов, отмечали начало встречаемости НБ с 11 лет и последующим волнообразным течением, а пик заболеваемости НБ приходился на 16-20 лет [10]. Это, в свою очередь, свидетельствует не только в пользу более раннего развития заболевания, но и его хронификации / стабилизации к моменту проявления активных психопатологических симптомов (в том числе, аутоагрессивных паттернов). Подавляющее количество работ направленно на изучение связи между имеющимися личностными и поведенческими характеристиками, сопутствующей коморбидностью у лиц с НБ и аутоагрессивным поведением. Если в случае с НА исследователи гораздо чаще размышляют о наличии прямой связи между РПП и суицидальным поведением, обуславливая данный факт высоким суицидальным риском непосредственно НА, и желанием умереть вследствие тяжести имеющихся специфических симптомов [10], то в случае с НБ мы сталкиваемся с господствующими представлениями, что аутоагрессивные паттерны гораздо чаще объясняются влиянием сопутствующей патологией или преморбидными личностными особенностями пациентов.

ПОИСК	eLibray n=884	Google Scholar n=18300	Semantic Scholar n=251	PubMed n=271
СКРИНИНГ	Число публикаций, прошедших скрининг – 37		Были исключены повторяющиеся публикации; статьи, в которых не выполнялись критерии включения	
ОЦЕНКА	Полнотекстовые статьи, оцененные на возможность включения в анализ – 33			
ВКЛЮЧЕНО	Публикации, включенные в анализ – 25			

Рис. 1. Схематическое изображение отбора литературных источников в соответствии с рекомендациями PRISMA.

Рассмотрим основные кластеры, описывающие связь НБ с саморазрушающим поведением.

Линия 1: связь суицидальной активности при НБ с личностными и поведенческими характеристиками пациентов.

Ещё в 2004 году G. Youssef с коллегами [11] сравнили женщин с НБ, совершивших суицидальные попытки, с женщинами с НБ без попыток суицида в анамнезе. С помощью опросника депрессии Бека и скрининга попыток самоубийства авторы обнаружили более высокие значения показателей «Психастения», «Гнев» и «Страх» среди пациентов с НБ с попытками суицида относительно группы контроля, что в свою очередь говорит о наличии у людей с НБ с суицидальным анамнезом повышенной раздражительности, упрямства, потери контроля, а также применения в анамнезе физического насилия в отношении респондентов. Спустя пять лет J.J. Muehlenkamp и соавт. [12] обследовали женщин с НБ и особенности их несуйцидального аутоагрессивного поведения (НСАП, англ. NSSI – non-suicidal self-injury). С помощью шкалы положительного и отрицательного аффекта (PANAS) авторы обнаружили связь выраженных отрицательных переживаний с НСАП, в то время как состояние после акта НСАП характеризовалось положительным аффектом, что говорит о своеобразном регулировании эмоционального состояния с помощью актов НСАП при НБ. Полученные данные предполагают, что облегчение негативного эмоционального состояния нивелируется за счёт переживания положительных эмоций в следствие акта НСАП, что в свою очередь, снижает переживаемый дистресс.

В этот же период времени L. Forcано и др. [13] при изучении женщин с различными проявлениями НБ (группа женщин с классическими проявлениями НБ в составе 417 человек, группа женщин без актов очистительного поведения – n=47, группа женщин с подпороговой НБ – n=102) выявили, что 26,9% пациентов из всех групп с НБ пытались покончить жизнь самоубийством: 26,9% в группе с НБ, 19,1% в группе с НБ без очистительного поведения, 30,4% в группе с подпороговой булимией. Основной объём пациенток с попыткой суицида в анамнезе уже проходили терапию в связи с НБ, а также имели более выраженные симптомы РПП, высокие баллы по таким шкалам как: межличностное недоверие, импульсивность, социальная незащищенность, избегание вреда и более низкие показатели по зависимости от

вознаграждения, самостоятельности и готовности к сотрудничеству (EDI-2, SAD, SCL-90, TCI-R), что в совокупности соответствует описанию кластера личностной пограничной патологии. Интересно, что данное исследование впервые указывает на то, что наличие подпороговых проявлений НБ категоричным образом не гарантирует отсутствие высокого суицидального риска. В 2012 году в своей работе M.D. Anestis и др. [14] обосновали связь аффективной составляющей с наличием НСАП, поскольку сила связи между предыдущим суицидальным поведением и будущими актами НСАП напрямую зависела от уровня аффективной лабильности человека с НБ. Это доказывало, что эмоциональная нестабильность у женщин предсказывает нарушение регуляции поведения, а также, что имеющийся анамнез суицидального поведения значительно увеличивает возможность проявления суицидальной активности в будущем. В том же году С.М. Peterson и S. Fischer [15] исследовали акты намеренного самоповреждения пациенток с НБ с точки зрения изучения импульсивных черт личности. При использовании шкалы импульсивного поведения UPPS-R было выяснено, что единственным значимым симптомом среди всех актов НСАП является отрицательная срочность (тенденция действовать опрометчиво, испытывая негативный аффект). Исследователи выдвинули предположение, что у людей с НБ возникает множество импульсивных деструктивных копинг-стратегий, так как, согласно полученным результатам, все симптомы импульсивности, возникая одновременно, порождают одномоментную негативную срочность и необдуманность в действиях для облегчения состояния. Также было определено, что компенсаторное очищение связано с учащением актов членовредительства. В исследовании A.R. Smith и др. [16] обнаружено, что некоторые другие симптомы РПП, такие, как чрезмерная физическая нагрузка, также способствуют риску суицидального поведения, предположительно, за счёт формируемой повышенной толерантности к боли. Более того, у людей с РПП идея набрать вес вызывает больше беспокойства, чем типичное, вызывающее страх поведение, например, такое как прыжки с парашютом. В шведском исследовании [17] выявлено, что у людей с РПП, которые в прошлом имели попытки самоубийства, определялись более низкие значения по таким показателям, как любовь к себе, способность отстаивать собственные границы, а также более высокие значения по

показателям склонности к самообвинению, ненависти и пренебрежению к себе, чем у пациентов с РПП, не имевших в прошлом попыток самоубийства. Распространённость суицидальных попыток до обращения к специалисту была достоверно выше у женщин с НБ, чем у женщин с НА ($p=0,013$) и другими РПП ($p=0,002$). Напротив, распространённость суицидальных попыток после обращения была значительно выше у женщин с НА, чем у женщин с любым другим диагнозом РПП ($p<0,018$). Расстройства пищевого поведения, характеризующиеся перееданием и очищением по сравнению с ограничительными РПП, имели самую высокую распространённость предшествующих попыток самоубийства.

Чуть позже L. Claes и др. [18] изучили связь между НСАП и моделью импульсивности с помощью UPPS-P (шкала импульсивного поведения, которая позволяет оценить импульсивность, как свойство личности) в выборке пациентов с РПП и здоровых людей из контрольной группы. Уровень распространённости НСАП у пациентов с РПП варьировался от 17% (НА) до 43% (НБ). Кроме того, пациенты с РПП, страдающие перееданием / очищением, демонстрировали значительно больше НСАП по сравнению с контрольной группой. Pearson С.М. и соавт. в 2016 году [19] изучили выборку женщин с НБ ($n=133$) в контексте присутствия рискованных форм поведения, включая такие проявления как: (а) членовредительство (намеренные порезы, царапины, ожоги, или удары себя или удары головой о твёрдые предметы); (б) злоупотребление психоактивными веществами, и (с) безрассудное поведение (участие в рискованном или незащищенном сексе, разрушение ценных личных вещей, опасное или неосторожное вождение автомобиля, воровство в магазине или растрата средств). Обнаружено, что из 133 участников 60 (45,11%) вели себя безрассудно в течение двухнедельного протокола исследования, 55 (41,35%) злоупотребляли психоактивными веществами, 19 (14,29%) занимались членовредительством. Сорок четыре участника (33,08%) участвовали только в одном типе рискованного поведения, 33 (24,8%) – в двух, а восемь (6,02%) – во всех трех типах рискованного поведения. Важно отметить, что не было обнаружено каких-либо других значимых связей между психопатологией личности и каким-либо рискованным поведением.

Позднее была выдвинута гипотеза, что пациенты с РПП, имеющие в анамнезе НСАП имеют более выраженную эмоциональную не-

устойчивость, нежели пациенты только с РПП [20]. Анализ показал, что у пациентов с НБ суицидальное поведение статистически значимо проявляется у пациентов с эпизодами переедания / очищения (в 26% случаев). Данное положение подтверждает и исследование L. Novrud и др. [21], где, кроме того, авторы установили, что неудовлетворённость своим телом и негативные срочные потребности положительно коррелируют с выраженностью симптомов НБ. Важно отметить, что в данном исследовании впервые задействованы пациенты мужского пола. Анализ показал, что негативные аффективные переживания и женский пол напрямую коррелируют с неудовлетворённостью телом, а выраженность (тяжесть) симптомов НБ положительно связана с НСАП. Примечательно, что низкая толерантность к стрессу повышала вероятность НСАП при любой выраженности симптомов НБ. Независимо от пола, большой дефицит регуляции эмоций соответствовал риску развития нерегулируемого поведения (в том числе, сопряжённого с самоповреждением). Как и ожидалось, более низкая толерантность к тревоге и большая импульсивность в условиях негативного эмоционального переживания, были связаны с большей вероятностью членовредительства. Более свежее исследование A. Lieberman и др. [22] отвечает на вопрос, существует ли взаимосвязь между диссоциацией, ненавистью к себе и суицидальным поведением у женщин с НБ, которые обратились за неотложной помощью. Помимо участников, которые соответствовали критериям DSM-IV для НБ, 31,9% соответствовали критериям подпороговой НБ (частота переедания и компенсаторное поведение не соответствовали полным критериям для клинического диагноза). Выяснено, что склонность к самоубийству связана с переживанием ненависти к себе. Несмотря на то, что диссоциацию часто называют фактором, способствующим суицидальному поведению, прямой связи таковой с аутоагрессивным поведением при НБ не установлено. Теоретически диссоциация, возможно, является своеобразной защитой для пациентов, чувствующих себя «не в своём теле», обеспечивая относительное облегчение хронической ненависти к себе.

Линия 2: связь суицидальной активности при НБ с влиянием коморбидных состояний.

Литературные источники, касающиеся суицидальной активности пациентов с НБ, достаточно часто касаются вопросов коморбизма НБ с другими психическими расстройствами, способными оказать значимое влияние на соответ-

ствующие риски. Обсудим данную плоскость научных изысканий подробнее.

Corcos M. и др. ещё в 2002 году [23] попытались не просто оценить частоту попыток самоубийства в течение жизни в популяции женщин с НБ, а также сравнить тех, кто совершал и не совершал попытки самоубийства, с точки зрения разнообразных социально - демографических и клинических переменных. Прежде всего, отметим, что распространённость суицидальных попыток в изучаемой группе женщин с НБ была довольно высокой (27,8%). Часть респонденток имели первые суицидальные попытки в подростковом возрасте (до начала НБ): около 25% из них произошла как минимум за один год до возникновения признаков НБ. Основные отличия между пациентами с НБ, имеющих попытки самоубийства и без таковых, по мнению авторов, прежде всего, касались сопутствующих клинических особенностей. Депрессивная симптоматика была более выражена у парасуициденток, о чём свидетельствовали достоверно более высокие баллы по шкалам BDI и SCL-90R. Кроме того, отношения между депрессией и попыткой самоубийства у пациентов с булимией подтверждалась временной связью между ними: 74% пациенток с суицидальной попыткой имели депрессивный эпизод до формирования НБ, однако, и женщины, у которых попытка самоубийства была более поздней, имели также высокие значения шкал депрессии при текущем обследовании. Было отмечено, что применение диуретиков или слабительных средств чаще наблюдалось у пациентов, предпринявших попытки самоубийства, как и потребление психоактивных веществ и антисоциального поведения.

Favaro A. и др. в 2008 году [24] определили присутствие коморбидности, в частности, расстройств оси II (устойчивые расстройства личности) у пациентов с НБ, сообщивших о несуицидальном самоповреждении и/или попытках самоубийства. Выяснено, что импульсивные акты самоповреждения статистически значимо связаны с диагнозом расстройства личности кластера В (65% против 33%; $p=0,003$), особенно с пограничным расстройством личности (65% против 30%; $p=0,001$). Анализ переменной «попытка самоубийства в анамнезе» также продемонстрировал значимую положительную связь с расстройствами личности кластера В (75% против 35%; $p=0,001$), в том числе, с пограничным расстройством личности (75% против 32%; $p=0,001$). Также выявлена связь присутствия суицидальных попыток с социофоби-

ей (20% против 1%; $p=0,003$) и с БАП (20% против 4%; $p=0,029$). Попытки самоубийства при НБ напрямую связаны с импульсивными актами самоповреждения ($p=0,004$), выдергиванием волос / кусанием ногтей ($p=0,012$), но не было обнаружено статистически значимой связи с экскорриациями. Злоупотребление психоактивными веществами / алкоголем продемонстрировало значимую связь, как с попытками самоубийства ($p=0,003$), так и с импульсивным самоповреждением ($p=0,001$).

Pisetsky E.M. и др. [25] при изучении двух групп женщин (с суицидальными попытками, $n_1=185$; и суицидальными намерениями в течение жизни, $n_2=129$) имеющийся высокий суицидальный риск обосновали присутствием депрессивной и тревожной симптоматики (без указания её первичного или вторичного происхождения). Результат многомерного анализа показал сильную корреляцию суицидальности с депрессией. Примечательно, что в данном исследовании в первую группу входили и девушки, имеющие клинически подпороговую булимию (меньшее количество переделаний и компенсаторного поведения в ограниченный промежуток времени, не подходящие под критерии НБ), которые имели более высокий уровень суицидальных попыток (27,5%), чем девушки в группе с установленным диагнозом НБ (20,3%). Данная находка подтверждает результаты исследования L. Forcano с коллегами [26], и свидетельствует в пользу того, что и менее тяжёлая форма проявлений заболевания имеет крайне высокий риск аутоагрессии. Данный факт позволяет взглянуть на проблему под совершенно другим углом: внимания требуют все категории лиц, имеющих проблемы, связанные с ненормальным пищевым поведением. В 2017 году было осуществлено исследование, направленное на изучение распространённости попыток самоубийства среди членов семьи первой и второй степени родства лиц с НА, НБ [27]. Парные сравнения показали, что распространённость семейных попыток самоубийства была выше у пациентов с НБ, чем при других видах РПП. Эти оценки сопоставимы с аналогичными значениями у лиц с большим депрессивным расстройством, которые умерли в результате самоубийства (10,8%), и у лиц с большим депрессивным расстройством, не склонных к суициду (6,5%). Разумеется, приведённые значения существенно выше соответствующих показателей в контрольной группе. Самая высокая распространённость попыток самоубийства наблюдалась среди родственников жен-

ского пола, что говорить в пользу влияния возможной присутствующей психопатологии, аналогичной таковой при НБ (например, расстройств настроения, пограничного расстройства личности).

Himmerich Н. и соавт. в 2019 году [28] предприняли попытку изучить влияние сопутствующих психиатрических расстройств на смертность от всех причин у людей с НБ на юго-востоке Лондона. В ретроспективное когортное исследование были включены люди с диагнозом НБ, имеющие один из дополнительных, подтверждённых диагнозов: употребление психоактивных веществ (F10–F19), аффективные расстройства (F31–33) или расстройства личности (F60) (данные получены из CRIS – ресурс данных интерактивного поиска клинических записей). Информация о каждой смерти собиралась посредством общенационального отслеживания с использованием данных Управления национальной статистики (ONS), связанных с базой данных SLaM (с 1 января 2007 г. по 31 марта 2016 г.). Всего в системе CRIS был выявлен 1501 человек с диагнозом НБ, из них 1431 (94,4%) были женщинами; средний возраст составил 28,5 лет (стандартное отклонение 9,5 лет). За период наблюдения умерли 18 из 1501 пациента, средний возраст умерших в окне наблюдения составил 34,9 года (из них лишь трое в результате суицида). Четверо погибших умерли в результате летальной интоксикация наркотиками или алкоголем. В рамках одномерного анализа исследуемой когорты обнаружено, что возраст и мужской пол статистически значимо были связаны с повышенной смертностью при НБ. Анализ сопутствующих психиатрических расстройств, кроме патологии личности, не обнаружил их связи с преждевременной (в том числе, суицидальной) смертностью лиц с НБ.

Udo Т. и др. в 2019 году [29] обследовали 36171 гражданина США с 18 лет и старше с различными проявлениями РПП (все респонденты прошли личные интервью в период с апреля 2012 года по июнь 2013 года). AUDADIS-5 позволил диагностировать расстройства настроения (большие депрессивные эпизоды и биполярное расстройство I типа), тревожные расстройства (специфическая фобия, социальная фобия, панические расстройства, агорафобия и генерализованное тревожное расстройство), посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства, связанные с употреблением ПАВ, а также расстройств личности (антисоциальные, пограничные и шизо-

типические). Выявлено, что распространённость попыток самоубийства при наличии дополнительного диагноза заметно выше, чем у пациентов только РПП: среди лиц как с АН (24,9% против 5,0%), так и с НБ (31,4% против 5,1%) и компульсивным перееданием (22,9% против 5,0%). Показательно, что при НБ респонденты с попыткой самоубийства в анамнезе сообщили о значительно более раннем возрасте начала РПП, кроме того, они же отличались заметно более отклоняющимся значением индекса массы тела. История суицидальных попыток была значимо связана с присутствием любого расстройства настроения, тревожного и панического расстройств, посттравматическим стрессовым расстройством, антисоциальным и пограничным расстройством личности. Почти половина пациентов с НБ (47,6%) сообщили, что началу НБ предшествовала первая суицидальная попытка, и около трети пациентов с НБ (34,9%) отмечали, что начало НБ и первая попытка суицида произошли у них в одном и том же году.

В 2020 году С. Cliffe и соавт. [30] в ретроспективном когортном исследовании также обнаружили влияние коморбидных психиатрических расстройств на факт присутствия суицидальных попыток у лиц с РПП (НА, НБ и компульсивное переедание), госпитализированных вследствие самоповреждения (использованы данные Южного Лондона, полученные из Фонда национальной службы здравоохранения Модсли, SLaM). В данное исследование были включены исключительно лица, госпитализированные в стационар вследствие акта самоповреждения (n=1420, из них с НБ – 29,0%). Частыми (без конкретных указаний по нозологическим составляющим) сопутствующими диагнозами оказывались расстройства личности и БАП.

Lengvenyte А. и др. [31] изучили, связано ли злоупотребление слабительными (в настоящее время или в течение всей жизни) с суицидальными попытками у пациентов с НА и НБ, а также – каков объём присутствия сопутствующих психиатрических заболеваний и других очищающих действий. Среди 277 пациентов с РПП 62 (22,88%) сообщили о злоупотреблении слабительными в течение всей жизни (процент пациентов, злоупотреблявших слабительными достоверно, не различался между пациентами с НА (20%) и НБ (28%)). История суицидальных попыток в анамнезе была статистически значимо связана с злоупотреблением слабительными у всех пациентов (p<0,001), как у пациентов с

НА ($p=0,021$), так и у пациентов с НБ ($p<0,001$) (у пациентов с НБ выявленная связь оставалась значимой после коррекции Бонферрони). Злоупотребление слабительными было связано с суицидальными попытками независимо от сопутствующих психических заболеваний (БАР, тревожные расстройства, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ). Данная особенность, вероятно, объясняется тем, что пациенты с более тяжелой формой РПП склонны к использованию слабительных средств для контроля веса. Кроме того, имеются указания о связи между злоупотреблением слабительными и пограничным расстройством личности [32].

Линия 3: непосредственное влияние нервной булимии на риск суицидального поведения.

Несмотря на большое количество публикаций, объясняющих суицидальную активность при НБ сопутствующей психиатрической патологией, существуют исследования, демонстрирующие изолированную связь суицидальных рисков и НБ. В работе 2009 года S.J. Crow и др. [33] описана смертность, связанная с РПП в большой, диагностически разнообразной выборке, наблюдаемой в течение длительного периода с помощью базы данных с записями о смерти. Исследователи предположили, что уровень смертности при НА будет стабильно высоким, в то время как при НБ обнаружится лишь повышенный риск смертности. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, поступили на обследование в амбулаторную клинику расстройств пищевого поведения Университета Миннесоты в период с 1979 по 1997 год. Большую часть (95,1%) выборки составляли женщины. Наиболее часто среди РПП встречалась НБ (48,1%), за ней следовали расстройства пищевого поведения не уточненные (42,5%) и НА (9,4%). Анализ обнаружил, что уровень смертности от НБ (3,9%) был неожиданно высоким, в то время как уровень смертности (4,0%) и стандартизированный коэффициент смертности (1,70) при НА оказались ниже предполагаемого. Примечательно, что в целом диагнозы «расстройство пищевого поведения», «нервная анорексия» или «нервная булимия» были указаны в качестве причин смерти у 6% умерших.

Работа L.P. Vodell и др., осуществлённая в 2013 году [34], в свою очередь, касалась исследования уникальных ассоциаций между РПП и суицидальными наклонностями. Исследователи попытались ответить на вопрос, различаются ли эти ассоциации в зависимости от диагноза

РПП в женской популяции. В общей сложности 220 женщин соответствовали критериям DSM-IV для РПП, в том числе 30 женщин – диагнозу НА, 50 – диагнозу НБ и 148 с прижизненным диагнозом РПП не уточнённого. Средний возраст в выборке составлял 35 ± 9 лет. Присутствие мыслей о собственной смерти, суицидальных мыслей / планов подтверждено у 42,6% респондентов с любым расстройством пищевого поведения, среди которых 61,9% относились к НБ. Суицидальные планы, завершившиеся попыткой самоубийства – у 27,9% пациенток с любым РПП, в том числе у 45,2% с НБ. Что касается вопроса коморбидности, более двух третей участников исследования соответствовали диагностическим критериям как минимум одного дополнительного расстройства (таких как: расстройства настроения, тревожное расстройство, употреблением ПАВ). Однако значение имело лишь обнаружение расстройств настроения, так как анализ продемонстрировал, что данная патология изолированно являлась предиктором суицидальной активности в течение жизни. Таким образом, среди всех РПП только пациенты с НБ имели статистически значимую ассоциацию с повышенным суицидальным риском даже после контроля (коррекции) других сопутствующих заболеваний, то есть, связь, обнаруженная между НБ и суицидальностью, не являлась полностью обусловленной наличием сопутствующей психопатологии.

В том же году A.R. Smith и др., как уже упоминалось ранее, [16] постарались оценить связи между усиленными физическими нагрузками при НБ и суицидальным поведением. В исследовании принимали участие лица женского пола, всего было проведено четыре этапа исследования. В первом было выяснено, что чрезмерные физические нагрузки были в значительной степени связаны с суицидальным поведением, включая суицидальные устремления и попытки самоубийства. Хотя физические упражнения могут оказывать благотворное воздействие на здоровье, упражнения, используемые некоторыми пациентами с симптомами НБ, могут быть запредельной тяжести, сопряженной с переживанием серьёзных болевых ощущений. На втором этапе исследования обнаружено, что чрезмерные физические нагрузки формируют облегченные суицидальные треки за счёт приобретаемой способности терпеть боль и отсутствием страха (бесстрашием). Следующий этап исследования продемонстрировал, что чрезмерные физические нагрузки, дей-

ствительно, были связаны с развитием нечувствительности к боли. Целью последнего этапа являлась проверка модели, предполагающей, что приобретённые таким образом способности, способны объяснить взаимосвязь между чрезмерными физическими упражнениями и попытками самоубийства, обнаруженными на первом этапе исследования. Предполагавшаяся модель продемонстрировала свою состоятельность.

Pisetsky E.M. и др. в [25] при изучении женщин с изолированной НБ обнаружили, что около 20,3% сообщали хотя бы об одной суицидальной попытке в течение жизни.

В 2015 году S. Zerwas и др. в [35] изучили связь суицидальной активности в группах пациентов с НА, НБ и РПП неуточненного, диагнозы которых были установлены при амбулаторном и стационарном лечении у лиц, родившихся в Дании в период с 1989 по 2006 год (~ 1 миллион человек). Обнаружено, что заболеваемость расстройствами пищевого поведения у женщин была значительно выше, чем у мужчин в каждом возрастном периоде. У женщин любое РПП предсказывало значительно более высокий риск смерти (в том числе, от самоубийств). Риск попытки суицида был особенно высок у женщин с НБ (в 13,9 раза) по сравнению с референтными женщинами без РПП. У мужчин же именно НБ и РПП неуточненное ассоциировались с более высоким риском попыток самоубийства.

Abdi L. и др. [36] в работе 2020 года исследовали распространённость НА и НБ среди женщин (возрастной диапазон: 15-45 лет), недавно предпринявших попытку самоубийства (в сравнении с женщинами, не пытавшимися совершить самоубийство). Распространённость НА и НБ у женщин, предпринявших попытку самоубийства, в три и два раза соответственно превышала таковые показатели по сравнению с значениями контрольной группы, что позволило высказать предположение о присутствии безусловной связи между сопоставляемыми феноменами.

Линия 4: отсутствие влияния нервной булимии на риск суицидального поведения.

Несмотря на многочисленные исследования, так или иначе, подтверждающие связь между суицидальным поведением и РПП (в частности, НБ), существуют единичные работы, в некоторой степени опровергающие такую. Так, в 2011 году S. Guillaume и др. [37] провели исследование, направленное на изучение связи между суицидальными действиями и

диагностированными НА или НБ (сравнение с лицами, предпринявшими попытки самоубийства без РПП). Исследователи предполагали, что: 1) у пациентов с НА суицидальные попытки будут более тяжёлыми, чем у пациентов с НБ и лицами, не страдающими РПП; 2) попытки самоубийства пациентов с НБ будут во многом аналогичными попыткам самоубийств в общей популяции. Участники исследования были отобраны из большой группы лиц, пытавшихся совершить самоубийство (n=1563), госпитализированных в специализированные отделения университетской больницы Монпелье. Всего было выявлено 139 пациентов с РПП, диагностированных согласно критериям DSM-IV, что составляло 11,2% от общей когорты. Критериям НА соответствовали 44 пациента (из которых 27 (63,6%) имели текущую РПП на момент попытки, остальные в анамнезе), 64 соответствовали критериям НБ (52 – 73,2% пациента имели текущую РПП на момент попытки, остальные – таковое в анамнезе), 7 соответствовали критериям НА и НБ, а оставшиеся 24 имели РПП неуточненное. Контрольную группу составили 235 пациентов с суицидальными попытками, но без РПП (сопоставимых по возрасту, полу и уровню образования). Характеристики суицидального поведения: по сравнению с контрольной группой у пациентов с НА значительно чаще возникали серьёзные (часто неоднократные) попытки самоубийства, у них же выявлен более высокий риск возникновения фатальной попытки по шкале риска RRRS. Группа же с НБ существенно не отличалась от контрольной группы лиц, совершивших самоубийство без РПП, ни по одной из оцениваемых переменных. Данный факт может говорить о том, что НБ не всегда является фактором высокого суицидального риска, что требует более глубокого и детального изучения связи двух феноменов.

Выводы:

Осуществлённый систематический обзор демонстрирует присутствие высокого аутоагрессивного потенциала у пациентов, страдающих НБ (несмотря на единичные исследования, ставящие подобную связь под сомнение). Часто констатируется значимая обусловленность присутствия суицидальных устремлений хронической неудовлетворённостью телом и провалами компенсаторного поведения (вызывание рвоты, употребление слабительных и психотропных препаратов, усиленные физические нагрузки). Суицидальные тенденции часто являются сквозными проявлениями НБ, иногда

– первой причиной попадания в поле зрения психиатрической службы.

Ведущиеся активные споры о возможно большем влиянии на суицидологические характеристики у пациентов НБ их преморбидных личностных особенностей и иной присутствующей психиатрической патологии далеки от своего окончательного разрешения. Первые (личностные особенности) далеко не универсальны, а учитывая более раннее начало РПП, нежели оно реально диагностируется, нетрудно предположить, что подобный временной лаг благоприятствует формированию вторичной психопатологической реакции. Несомненным является присутствие яркой личностной составляющей в структуре НБ (первичной и/или вторичной) способной формировать и поддерживать перманентный внутриличностный конфликт, порожденный хронической неспособностью контроля необходимого веса / форм. Однако на настоящий момент не представляется возможным исключить и их изначального влияния на изучаемую переменную, что требует дальнейшей конкретизации.

Влияние коморбизма (полиморбизма) на суицидологическую характеристику при НБ также нуждается в дальнейшем уточнении. Наличие второго психиатрического диагноза (особенно с более высоким аутоагрессивным потенциалом), способного своим присутствием оказать существенное влияние на оцениваемую аутоагрессивную составляющую НБ, задаёт новые векторы для последующих исследований в данной области: изучение суицидологических характеристик пациентов с диагнозом исключительно НБ и создание моделей взаимного влияния основного и сопутствующего расстройств. К примеру, вопрос природы формирования тревожных состояний в структуре НБ весьма дискуссионен, поскольку динамика данного РПП подразумевает перманентное состояние «стресса несправившегося», способного выступать в роли фактора развития реактивных тревожно-депрессивных состояний. Что в свою очередь диктует необходимость строгого разграничения самостоятельных диагнозов аффективного круга (в частности, БАР, ГТР) на фоне НБ и эмоциональных реакций, порождённых специфической динамикой НБ (включая депрессивные эпизоды разной степени выраженности, приступы паники и тревожные состояния).

Так или иначе, но большинство имеющихся исследований сходны в отношении конста-

тации повышенного риска суицидального поведения при РПП, и НБ, в частности, механизмы чего нуждаются в дальнейшем уточнении. Исследования указывают на повышенный суицидальный риск пациентов с подпороговой НБ (объективно крайне редко диагностируемой) в сравнении с группой пациентов с сформированным заболеванием. То есть, даже на этапе зарождения НБ несет в себе не меньшую опасность. Большинство исследований осуществлены на выборках пациентов, уже совершивших суицидальную попытку (когда пациентам оказывалась неотложная медицинская помощь), что красноречиво указывает на пробелы в ранней диагностике и профилактике. Несмотря на объективно высокую суицидальную активность пациентов с НБ (до 30% из них имеют в анамнезе суицидальные попытки), в единичных исследованиях, направленных на мониторинг причин смертности данного рода пациентов, наблюдаются незначительное число констатаций именно суицида в качестве непосредственной причины смерти, что, вероятно, говорит о «замалчивании» реального положения (констатации несчастных случаев), либо отсутствии практики выявления у суицидентов объективных симптомов булимии.

Значительный интерес к освещаемой проблеме демонстрирует её несомненную актуальность и отсутствие на сегодня четкого и полного понимания взаимоотношений НБ и суицидального поведения.

Ограничения:

Суммируя данные анализа, можно определить ряд существующих ограничений. Во-первых, критически малое количество исследований затрагивает мужчин с НБ (при несомненно растущем их объёме в общем числе лиц с НБ). Во-вторых, несмотря на многогранность и различия в подходах к изучению суицидального поведения при НБ, имеется незначительное количество исследований, затрагивающих этиопатогенетическую сущность феномена и их динамические характеристики. В-третьих, практически отсутствуют работы, касающиеся результатов терапии «суицидальной» НБ, как и не разработаны превентивные подходы. В-четвёртых, преимущественно представлены данные только зарубежных исследований, что создаёт несомненный пробел соответствующих знаний, касающихся российской популяции больных с НБ, что лишним раз подчёркивает актуальность дальнейшего изучения проблемы.

SUICIDALITY IN YOUNG WOMEN AND MEN WITH NERVOUS BULIMIA: A SYSTEMATIC REVIEW

E.R. Gurulyova, A.V. Merinov

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Abstract:

Currently, official statistics illustrate a disappointing trend regarding the increasing incidence of eating disorders (EDs). Despite the great interest in anorexia nervosa, traditionally considered the most "malignant" type of eating disorder, a significant increase in patients with bulimia nervosa cannot be denied. A significant number of studies have been conducted on the premature mortality of patients with bulimia, but the available data (especially regarding suicide) are quite contradictory. *The aim of this study* is to clarify prevailing views on the concepts of autoaggressive behavior in patients with bulimia nervosa (including suicidal patterns). *Materials and methods:* A systematic review of scientific publications in eLibrary, PubMed, and Google Scholar and Semantic Scholar. Following a staged selection of publications, 25 scientific papers were included in the study (out of 19,703 studies initially selected based on keywords). *Results and discussion:* Of the 25 papers devoted to the suicidological characteristics of bulimia nervosa, the majority of scientific papers attribute patients' suicidal risk to the influence of personality and behavioral characteristics (usually without specifying premorbid or acquired as a result of bulimia nervosa). Eight papers link suicidal and non-suicidal self-aggression with existing comorbid conditions, mostly personality and mood disorders, and substance use. Only four papers demonstrate a direct influence of bulimia nervosa on respondents' suicidal behavior without the influence of comorbid and personality components; one paper refutes the association between bulimia nervosa and suicidal risk. *Conclusions:* This systematic review demonstrates a high risk of suicide in patients with NB (without contextualization). Observed suicidal tendencies are driven by chronic body dissatisfaction and systematic compensatory behaviors (self-induced vomiting, use of laxatives and psychotropic drugs, and increased physical activity). Despite a significant number of studies citing the influence of premorbid personality traits and the presence of comorbidity, a number of studies emphasize a direct link between existing bulimia nervosa and a high risk of suicidal behavior.

Keywords: eating disorder, bulimia nervosa, suicide attempts, suicidal thoughts, suicide, autoaggression, non-suicidal autoaggressive behavior, suicidology

In recent decades, there has been a marked increase in the number of people suffering from eating disorders (EDs). According to some data, the prevalence of EDs has increased from 3.5 to 7.8% over the past 20 years [1]. This spectrum of disorders is characterized by a combination of mental, physiological, and social variables, and the diagnosis of some of their variants is often difficult [2]. When mentioning EDs, a cachexic girl is traditionally imagined, avoiding food intake, regularly monitoring her weight, and hiding in oversized clothing. The real manifestations of EDs (in particular, bulimia nervosa) are far from such bright and conspicuous pictures. The current situation is such that not only ordinary people, but also often doctors of various specialties are unable to suspect an ED in a person (due to the lack of objective changes in the appearance and behavior of such people). The most secretive and dangerous in this sense is bulimia nervosa (BN). Binge eating disorder (BED), one of the most common and serious disorders in terms of complications, is characterized by episodes of overeating, accompanied by a feeling of loss of control over food, followed by compensatory behavior in the form of self-induced vomiting, abuse of laxatives, psychotropic drugs to control hunger and satiety, excessive physical activity, or extreme diets, including complete refusal to eat. The prevalence of such disorders among adolescents and young adults is steadily increasing, which is associated with the influence of social standards of beauty, media influence, and increased anxiety in the modern world [3]. Furthermore, BED has a significant impact on physical health, causing complications in the cardiovascular system, gastrointestinal tract, and other organs, and often leads to the secondary development of depressive and anxiety disorders [4].

The severity of the problem is determined, first of all, by the high mortality rate associated with bulimia nervosa – one of the highest among all psychiatric disorders [5]. The standardized mortality rate for bulimia nervosa is 1.6 to 2.7 times higher than that in the general population [6]. Patients exhibit an increased risk of death, both from complications resulting from compensatory behavior (electrolyte imbalance, cardiac arrhythmias, acute heart failure, dehydration, etc.) and from a high risk of suicide [7].

Despite the significant attention paid to eating disorders in general, the bulk of research is focused on anorexia nervosa (AN), which is associated with its "recognizability," higher frequency of hospitalizations, and high mortality, including death by suicide [8]. The growing number of patients with BN [9] is in a less advantageous position, which is associated with the extremely difficult early, "direct" diagnosis (explained by the concealment of symptoms and relatively late seeking of medical care). BN is much more often detected based on secondary signs (anxiety, depression, suicidal tendencies), while the symptoms of BN themselves become clear later. Mortality issues in BN (including suicidal) are quite actively discussed in the scientific community; however, to date, a "common denominator" is absent, despite the extensive factual material obtained. In addition, the existing literary sources present a significant number of contradictory and inconsistent data regarding autoaggressive behavior in BN, which requires their systematization and generalization.

The aim of this study is the implementation of a systematic review of the literature on the topic under consideration, aimed at specifying the suicidological characteristics of young people with nervous bulimia.

Materials and methods

A systematic analysis of scientific publications was performed in the eLibrary (<https://elibrary.ru>), PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>), Google Scholar (<https://scholar.google.com/>) and Semantic Scholar (<https://www.semanticscholar.org/>) databases. search was used next request compiled. With using MeSH: ("Bulimia Nervosa" OR "bulimi" NOT "Anorexia Nervosa") AND ("Suicide" OR "Suicide, Attempted" OR "Suicidal Ideation" OR "Self-Injurious Behavior" OR "Parasuicide" OR "suicide attempt" OR "completed suicide" OR "suicidal ideation" OR "non-suicidal self-injury" OR "self-harm" OR NSSI) and corresponding Russian-speaking formula. To improve search efficiency when combining MeSH and keywords, the OR (any of the keywords) and AND (all keywords) operators were used. Publication dates were limited to the period from January 1, 2000, to the present, with no restrictions on the language of publication. Article selection was conducted in September 2025.

Further selection of articles was carried out in accordance with the PRISMA recommendations (Murphy C.M., 2013) (Fig. 1).

Inclusion criteria: publications describing single cases, case series, clinical studies, interviews, and studies of reporting systems. Exclusion criteria: inability to access the full-text article, retraction of the article after publication, publications that do not contain statistical data.

The selection of publications from among the identified articles was carried out in three stages: 1) screening of titles and abstracts to exclude obviously irrelevant articles; 2) extraction of full-text versions of articles; 3) analysis of full texts taking into account the eligibility criteria outlined above. If the inclusion criteria were met and the exclusion criteria were absent, the study was selected for inclusion in the review.

The first stage, which involved searching the specified databases, yielded 884 sources in the Russian-language eLibrary database, 18,300 articles in Google Scholar, 251 articles in Semantic Scholar, and 271 articles in the English-language PubMed database. After screening the available abstracts, duplicate articles were excluded, ultimately selecting 33 papers that met the inclusion criteria. Full-text versions of the selected articles were then reviewed, and the results were processed and discussed by the authors. Ultimately, 25 papers were retained, describing studies of completed suicides, suicidal ideation/attempts, and non-suicidal self-injurious behavior in young people with NB. At the

final stage: 12 of the selected works concerned issues of personal qualities of patients with NB exhibiting suicidal behavior, eight articles touched upon the topics of comorbidity of respondents with NB exhibiting suicidal, non-suicidal autoaggressive behavior, four works concerned studies directly of issues of autoaggressive behavior of individuals with NB and one publication refuting the connection between NB and existing suicidal activity of patients.

Results and discussion

Analyzing the data obtained presented in Fig. 1 (information on the selected articles), a number of patterns were discovered. Firstly, the majority of studies are aimed at studying female patients with NB. Some authors explained this fact by the small sample of men with BN, as a result of which it was extremely difficult to conduct a full-fledged study (and this category of people was excluded from the study). Secondly, the participants were often people with higher education or studying at educational institutions; thirdly, patients in the overwhelming majority of cases live in developed countries (USA, France, Great Britain, Spain, etc.), which leads to unhindered access to the Internet with the specific influence of society regarding the promotion of a thin body. Also noteworthy was the age range of the subjects – usually the mean age of respondents was in the range of 20-25 years, while authors with access to national patient registries noted the onset of BN at 11 years of age and a subsequent fluctuating course, with the peak incidence of BN occurring at 16-20 years of age [10]. This, in turn, indicates not only an earlier onset of the disease, but also its chronicity/stabilization by the time active psychopathological symptoms (including autoaggressive patterns) manifest.

The overwhelming majority of studies are aimed at examining the relationship between existing personality and behavioral characteristics, concomitant comorbidity in individuals with BN, and autoaggressive behavior. While in the case of AN, researchers much more often speculate about the presence of a direct link between eating disorders and suicidal behavior, attributing this fact to the high suicidal risk of AN itself and the desire to die due to the severity of existing specific symptoms [10], in the case of BN, we are faced with the prevailing notion that autoaggressive patterns are much more often explained by the influence of comorbid pathology or premorbid personality traits of patients.

Let us consider the main clusters that describe the connection between BN and self-destructive behavior.

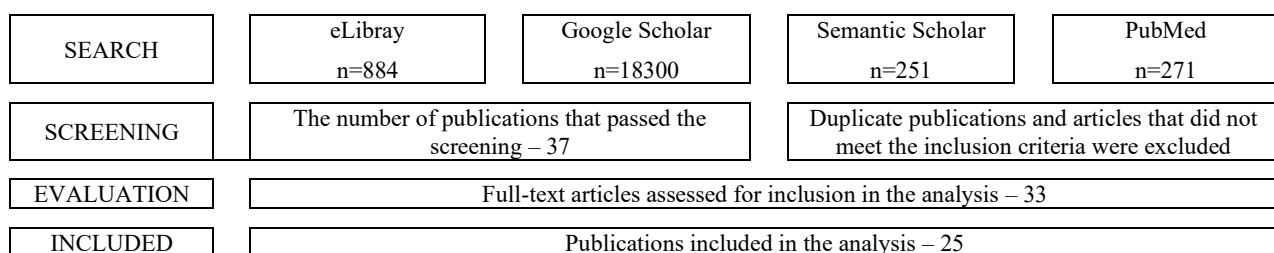


Fig. 1. Schematic representation of literary sources selection in accordance with PRISMA recommendations.

Line 1: the relationship between suicidal activity in BN and personal and behavioral characteristics of patients.

Back in 2004, G. Youssef and colleagues [11] compared women with BN who had attempted suicide with women with BN without a history of suicide attempts. Using the Beck Depression Inventory and a suicide attempt screening, the authors found higher values for the "Psychasthenia," "Anger," and "Fear" indicators among patients with BN who had attempted suicide relative to the control group, which in turn indicates that people with BN with a history of suicide exhibit increased irritability, stubbornness, loss of control, and a history of physical violence against respondents. Five years later, J.J. Muehlenkamp et al. [12] examined women with BN and the characteristics of their non-suicidal self-injury (NSSI). Using the Positive and Negative Affect Scale (PANAS), the authors found a link between pronounced negative experiences and NSSI, while the state following NSSI was characterized by positive affect, suggesting a unique regulation of emotional state by NSSI in BN. The findings suggest that the alleviation of a negative emotional state is offset by the experience of positive emotions following NSSI, which in turn reduces the perceived distress.

During the same period of time, L. Forcano et al. [13], when studying women with various manifestations of BN (a group of women with classic manifestations of BN consisting of 417 people, a group of women without acts of purging behavior – $n=47$, a group of women with subthreshold BN – $n=102$) found that 26.9% of patients from all groups with BN attempted suicide: 26.9% in the group with BN, 19.1% in the group with BN without purging behavior, 30.4% in the group with subthreshold bulimia. The majority of female patients with a history of suicide attempt had already undergone therapy for BN, and also had more pronounced eating disorder symptoms, high scores on such scales as: interpersonal mistrust, impulsivity, social insecurity, harm avoidance and lower scores on reward dependence, autonomy and willingness to cooperate (EDI-2, SAD, SCL-90, TCI-R), which together corresponds to the description of the borderline personality pathology cluster. Interestingly, this study indicates for the first time that the presence of subthreshold manifestations of BN does not categorically guarantee the absence of high suicidal risk. In 2012, M.D. Anestis et al. [14] substantiated the connection between the affective component and the presence of NSSI, since the strength of the connection between previous suicidal behavior and future acts of NSSI directly depended on the level of affective lability of a person with BN. This demonstrated that emotional instability in women predicts behavioral dysregulation, and that a history of suicidal behavior significantly increases the likelihood of future suicidal behavior. That same year, C.M. Peterson and S. Fischer [15] examined acts of intentional self-harm in female patients with BN from the perspective of impulsive personality traits. Using the UPPS-R impulsive behavior scale, it was found that the only significant symptom among all acts of NSSI was

negative urgency (the tendency to act rashly while experiencing negative affect). The researchers hypothesized that individuals with BN develop multiple impulsive destructive coping strategies, since, according to the results obtained, all the symptoms of impulsivity, occurring simultaneously, generate a momentary negative urgency and thoughtlessness in actions to alleviate the condition. It was also determined that compensatory purging is associated with an increase in the frequency of acts of self-harm. A study by A.R. Smith et al. [16] found that some other symptoms of EDs, such as excessive physical activity, also contribute to the risk of suicidal behavior, presumably due to the development of increased tolerance to pain. Moreover, people with EDs are more anxious about the idea of gaining weight than about typical feared behaviors, such as skydiving. A Swedish study [17] found that people with eating disorders who had attempted suicide in the past had lower scores on indicators such as self-love, ability to defend their own boundaries, and higher scores on indicators of a tendency to self-blame, hatred, and self-neglect than patients with EDs who had not attempted suicide in the past. The prevalence of suicide attempts before seeking specialist help was significantly higher in women with BN than in women with AN ($p=0.013$) and other eating disorders ($p = 0.002$). In contrast, the prevalence of post-presentation suicide attempts was significantly higher in women with AN than in women with any other eating disorder diagnosis ($p<0.018$). EDs characterized by binge eating and purging, compared with restrictive eating disorders, had the highest prevalence of prior suicide attempts.

A little later, L. Claes et al. [18] studied the relationship between NSSI and the model of impulsivity using the UPPS-P (impulsive behavior scale, which allows one to assess impulsivity as a personality trait) in a sample of patients with eating disorders and healthy people from the control group. The prevalence of NSSI in patients with eating disorders ranged from 17% (AN) to 43% (BN). In addition, patients with eating disorders who suffered from binge eating/purging demonstrated significantly more NSSI compared to the controls. Pearson C.M. et al. in 2016 [19] studied a sample of women with BN ($n=133$) in the context of the presence of risky behaviors, including manifestations such as: (a) self-harm (intentional cutting, scratching, burning, or hitting oneself or banging one's head against hard objects); (b) substance abuse, and (c) reckless behavior (engaging in risky or unprotected sex, destroying valuable personal items, dangerous or careless driving, shoplifting, or embezzlement). Of the 133 participants, 60 (45.11%) were found to engage in reckless behavior during the two-week study protocol, 55 (41.35%) were substance abusers, and 19 (14.29%) were self-harmers. Forty-four participants (33.08%) engaged in only one type of risky behavior, 33 (24.8%) engaged in two, and eight (6.02%) engaged in all three types of risky behavior. Importantly, no other significant associations were found between personality psychopathology and any of the risky behaviors.

Later, a hypothesis was put forward that patients with an ED who have a history of binge eating/purging have more pronounced emotional instability than patients with an ED alone [20]. The analysis showed that in patients with BN, suicidal behavior is statistically significantly manifested in patients with episodes of binge eating/purging (in 26% of cases). This position is confirmed by the study of L. Hovrud et al. [21], where, in addition, the authors found that dissatisfaction with one's body and negative urgent needs positively correlate with the severity of BN symptoms. It is important to note that this study included male patients for the first time. The analysis showed that negative affective experiences and female gender directly correlate with body dissatisfaction, and the severity of BN symptoms is positively associated with NSSI. It is noteworthy that low stress tolerance increased the likelihood of NSSI at any severity of BN symptoms. Regardless of gender, greater emotion regulation deficits were associated with a risk of developing dysregulated behavior (including self-harm). As expected, lower anxiety tolerance and greater impulsivity under negative emotional stress were associated with a greater likelihood of self-harm. A more recent study by A. Lieberman et al. [22] addresses the question of whether there is a relationship between dissociation, self-hatred, and suicidal behavior in women with BN who sought emergency care. In addition to participants who met DSM-IV criteria for BN, 31.9% met criteria for sub-threshold BN (binge eating frequency and compensatory behavior did not meet full criteria for a clinical diagnosis). Suicidal tendencies were found to be associated with the experience of self-hatred. Despite the fact that dissociation is often cited as a factor contributing to suicidal behavior, a direct link with self-harm in BN has not been established. In theory, dissociation may be a kind of defense for patients who feel "out of their body," providing relative relief from chronic self-hatred.

Line 2: the relationship between suicidal activity in BN and the influence of comorbid conditions.

Literary sources concerning suicidal behavior in patients with BN frequently address the issue of comorbidity with other mental disorders, which can significantly influence the associated risk. Let's discuss this area of scientific research in more detail.

Back in 2002, Corcos M. et al. [23] attempted not only to estimate the lifetime frequency of suicide attempts in a population of women with BN, but also to compare those who had and had not attempted suicide in terms of various sociodemographic and clinical variables. First of all, it should be noted that the prevalence of suicide attempts in the studied group of women with BN was quite high (27.8%). Some respondents had their first suicide attempts in adolescence (before the onset of BN): about 25% of them occurred at least one year before the onset of BN signs. According to the authors, the main differences between patients with BN with and without suicide attempts primarily concerned concomitant clinical features. Depressive symptoms were more pronounced in parasuicidal women, as evidenced by significantly higher scores on the BDI and SCL-90R

scales. Furthermore, the relationship between depression and suicide attempts in patients with bulimia was supported by a temporal association: 74% of patients with a suicide attempt had a depressive episode prior to the development of BN. However, women who attempted suicide later also had high depression scores in the current assessment. The use of diuretics or laxatives was noted to be more common in patients who had attempted suicide, as was substance use and antisocial behavior.

Favaro A. et al. in 2008 [24] identified the presence of comorbidity, in particular, axis II disorders (stable personality disorders) in patients with BN who reported non-suicidal self-harm and/or suicide attempts. It was found that impulsive acts of self-harm were statistically significantly associated with a diagnosis of cluster B personality disorder (65% vs. 33%; $p=0.003$), especially with borderline personality disorder (65% vs. 30%; $p=0.001$). Analysis of the "history of suicide attempt" variable also demonstrated a significant positive association with cluster B personality disorders (75% vs. 35%; $p=0.001$), including borderline personality disorder (75% vs. 32%; $p=0.001$). An association was also found between the presence of suicide attempts and social phobia (20% vs. 1%; $p=0.003$) and bipolar disorder (20% vs. 4%; $p=0.029$). Suicide attempts in BN were directly associated with impulsive acts of self-harm ($p=0.004$), hair pulling/nail biting ($p=0.012$), but no statistically significant association was found with excoriations. Substance abuse/alcohol demonstrated a significant association with both suicide attempts ($p=0.003$) and impulsive self-harm ($p=0.001$).

Pisetsky E.M. et al. [25], when studying two groups of women (with suicide attempts, $n_1 = 185$; and suicidal intent throughout life, $n_2 = 129$), justified the existing high suicide risk by the presence of depressive and anxiety symptoms (without specifying their primary or secondary origin). The result of multivariate analysis showed a strong correlation of suicidality with depression. It is noteworthy that in this study, the first group also included girls with clinically subthreshold bulimia (fewer binges and compensatory behavior in a limited period of time, not meeting the criteria for BN), who had a higher level of suicide attempts (27.5%) than girls in the group with an established diagnosis of BN (20.3%). This finding confirms the results of the study by L. Forcano et al. [26], and testifies to the fact that even a less severe form of the disease manifestations has an extremely high risk of autoaggression. This fact allows us to look at the problem from a completely different angle: all categories of individuals with problems associated with abnormal eating behavior require attention. In 2017, a study was conducted aimed at examining the prevalence of suicide attempts among first- and second-degree family members of individuals with AN, BN [27]. Paired comparisons showed that the prevalence of familial suicide attempts was higher in patients with BN than in other types of EDs. These estimates are comparable with similar values in individuals with major depressive disorder who died by suicide (10.8%), and in individuals with major depressive disorder who

are not prone to suicide (6.5%). Of course, the given values are significantly higher than the corresponding indicators in the control group. The highest prevalence of suicide attempts was observed among female relatives, which speaks in favor of the influence of possible underlying psychopathology similar to that in BN (e.g., mood disorders, borderline personality disorder).

Himmerich H. et al. in 2019 [28] attempted to examine the impact of comorbid psychiatric disorders on all-cause mortality in people with BN in south-east London. The retrospective cohort study included people diagnosed with BN and one of the following additional, confirmed diagnoses: substance use (F10–F19), affective disorders (F31–33), or personality disorders (F60) (data obtained from CRIS – Clinical Records Interactive Search). Information on each death was collected through a nationwide tracer using Office for National Statistics (ONS) data linked to the SLaM database (from 1 January 2007 to 31 March 2016). A total of 1,501 people with a diagnosis of BN were identified in the CRIS system, of which 1,431 (94.4%) were women; the mean age was 28.5 years (standard deviation 9.5 years). During the observation period, 18 of the 1,501 patients died; the mean age of death during the observation period was 34.9 years (of which only three died by suicide). Four of the deceased died as a result of fatal drug or alcohol intoxication. Univariate analysis of the study cohort revealed that age and male gender were statistically significantly associated with increased mortality in BN. Analysis of comorbid psychiatric disorders, except for personality pathology, did not reveal an association with premature mortality (including suicide) in individuals with BN.

In 2019 [29], T. Udo et al. examined 36,171 US citizens aged 18 years and older with various manifestations of eating disorders (all respondents underwent personal interviews between April 2012 and June 2013). The AUDADIS-5 allowed for the diagnosis of mood disorders (major depressive episodes and bipolar I disorder), anxiety disorders (specific phobia, social phobia, panic disorders, agoraphobia, and generalized anxiety disorder), post-traumatic stress disorder, substance use disorders, and personality disorders (antisocial, borderline, and schizotypal). The prevalence of suicide attempts in the presence of an additional diagnosis was found to be significantly higher than in patients with an eating disorder alone: among individuals with both AN (24.9% vs. 5.0%) and BN (31.4% vs. 5.1%) and binge eating disorder (22.9% vs. 5.0%). Significantly, respondents with a history of suicide attempt in the BN group reported a significantly earlier age of eating disorder onset and also had significantly more deviating body mass index values. A history of suicide attempts was significantly associated with the presence of any mood disorder, anxiety and panic disorders, post-traumatic stress disorder, antisocial personality disorder, and borderline personality disorder. Almost half of patients with BN (47.6%) reported that the onset of BN was preceded by the first suicide attempt, and about a third of patients with BN (34.9%) noted that the onset of BN and the first suicide attempt occurred in the same year.

In 2020, S. Cliffe et al. [30] in a retrospective cohort study also found an influence of comorbid psychiatric disorders on the presence of suicide attempts in individuals with eating disorders (AN, BN, and BED) hospitalized due to self-harm (data from South London, obtained from the Maudsley National Health Service Foundation Trust, SLaM, were used). This study included only individuals hospitalized due to self-harm ($n=1420$, of which 29.0% had BN). Frequent (without specific indications of nosological components) comorbid diagnoses were personality disorders and bipolar disorder.

Lengvenyte A. et al. [31] examined whether current or lifetime laxative abuse was associated with suicide attempts in patients with AN and BN, and the extent to which comorbid psychiatric illnesses and other purging behaviors were present. Among 277 patients with eating disorders, 62 (22.88%) reported lifetime laxative abuse (the percentage of patients who abused laxatives did not differ significantly between patients with AN (20%) and BN (28%)). A history of suicide attempts was significantly associated with laxative abuse in all patients ($p < 0.001$), both in patients with AN ($p=0.021$) and in patients with BN ($p < 0.001$) (in patients with BN, the association remained significant after Bonferroni correction). Laxative abuse has been associated with suicide attempts, independent of comorbid mental illnesses (bipolar disorder, anxiety disorders, and substance use disorders). This finding likely reflects the fact that patients with more severe eating disorders are more likely to use laxatives for weight control. Furthermore, there is evidence of a link between laxative abuse and borderline personality disorder [32].

Line 3: Direct influence of bulimia nervosa on the risk of suicidal behavior.

Despite the large number of publications explaining suicidal activity in AN by psychiatric comorbidity, there are studies demonstrating an isolated association between suicide risks and AN. In a 2009 study, S.J. Crow et al. [33] described mortality associated with eating disorders in a large, diagnostically diverse sample observed over a long period using a death records database. The researchers hypothesized that the mortality rate in AN would be consistently high, while in AN only an increased mortality risk would be found. All patients participating in the study were admitted for examination to the outpatient eating disorders clinic of the University of Minnesota between 1979 and 1997. The majority (95.1%) of the sample were women. Among the eating disorders, AN was the most common (48.1%), followed by eating disorders not specified (42.5%) and AN (9.4%). The analysis found that the mortality rate for BN (3.9%) was unexpectedly high, while the mortality rate (4.0%) and standardized mortality ratio (1.70) for AN were lower than expected. Notably, overall, diagnoses of eating disorder, anorexia nervosa, or bulimia nervosa were listed as causes of death in 6% of the deceased.

The work of L.P. Bodell et al., carried out in 2013 [34], in turn, concerned the investigation of unique associations between ED and suicidal tendencies. The researchers attempted to answer the question of whether these associations differ depending on the diagnosis of

ED in the female population. A total of 220 women met the DSM-IV criteria for ED, including 30 women with a diagnosis of AN, 50 with a diagnosis of BN, and 148 with a lifetime diagnosis of an unspecified eating disorder. The mean age in the sample was 35±9 years. The presence of thoughts of one's own death, suicidal thoughts/plans was confirmed in 42.6% of respondents with any ED, among whom 61.9% belonged to BN. Suicidal plans, culminating in a suicide attempt, were reported in 27.9% of patients with any ED, including 45.2% with BN. Regarding comorbidity, more than two-thirds of study participants met diagnostic criteria for at least one additional disorder (such as mood disorders, anxiety disorders, or substance use disorder). However, only the detection of mood disorders was significant, as the analysis demonstrated that this disorder alone predicted lifetime suicidal activity. Thus, among all EDs, only patients with BN showed a statistically significant association with increased suicide risk, even after controlling for other comorbidities. That is, the association found between BN and suicidality was not entirely due to the presence of comorbid psychopathology.

In the same year, A.R. Smith et al., as mentioned earlier, [16] sought to evaluate the links between intense physical activity in BN and suicidal behavior. The study included female subjects, and four phases of the study were conducted. The first found that excessive physical activity was significantly associated with suicidal behavior, including suicidal ideation and suicide attempts. Although physical exercise can have beneficial effects on health, the exercise used by some patients with BN symptoms can be extremely difficult, associated with the experience of severe pain. The second phase of the study found that excessive physical activity creates easier suicidal tendencies due to the acquired ability to tolerate pain and the absence of fear (fearlessness). The next phase of the study demonstrated that excessive physical activity was indeed associated with the development of pain insensitivity. The goal of the final stage was to test a model suggesting that the abilities acquired in this way could explain the association between excessive physical exercise and suicide attempts discovered in the first stage of the study. The proposed model was found to be valid.

Pisetsky E.M. et al. [25] in a study of women with isolated BN found that about 20.3% reported at least one suicide attempt during their lifetime.

In 2015, S. Zerwas et al. [35] studied the association between suicidal activity in groups of patients with AN, BN, and unspecified eating disorder, diagnosed during outpatient and inpatient treatment in individuals born in Denmark between 1989 and 2006 (~1 million people). It was found that the incidence of EDs in women was significantly higher than in men in each age period. In women, any ED predicted a significantly higher risk of death (including from suicide). The risk of suicide attempt was particularly high in women with BN (13.9 times) compared to reference women without an eating disorder. In men, it was BN and unspecified eating disorder that were associated with a higher risk of suicide attempts.

In a 2020 study, L. Abdi et al. [36] examined the prevalence of AN and BN among women (age range: 15–45 years) who had recently attempted suicide (com-

pared to women who had not attempted suicide). The prevalence of AN and NB in women who had attempted suicide was three and two times higher, respectively, than in the control group, suggesting a clear link between the phenomena under study.

Line 4: No effect of bulimia nervosa on the risk of suicidal behavior.

Despite numerous studies that, in one way or another, confirm the link between suicidal behavior and EDs (in particular, BN), there are isolated studies that to some extent refute it. Thus, in 2011, S. Guillaume et al. [37] conducted a study aimed at examining the relationship between suicidal actions and diagnosed AN or BN (comparison with individuals who attempted suicide without an eating disorder). The researchers assumed that: 1) in patients with AN, suicide attempts would be more severe than in patients with BN and individuals who do not suffer from an eating disorder; 2) suicide attempts by patients with BN would be in many ways similar to suicide attempts in the general population. Study participants were selected from a large group of individuals who attempted suicide (n=1563), hospitalized in specialized departments of the University Hospital of Montpellier. A total of 139 patients with an ED diagnosed according to DSM-IV criteria were identified, which constituted 11.2% of the total cohort. Forty-four patients met the criteria for AN (of which 27 (63.6%) had a current ED at the time of the attempt, the rest had a history of it), 64 met the criteria for BN (52–73.2% of patients had a current ED at the time of the attempt, the rest had a history of it), 7 met the criteria for AN and BN, and the remaining 24 had an ED of unspecified type. The control group consisted of 235 patients with suicide attempts, but without an ED (matched for age, gender, and education level). Characteristics of suicidal behavior: compared with the control group, patients with AN were significantly more likely to have serious (often repeated) suicide attempts, and they were also shown to have a higher risk of a fatal attempt according to the RRRS risk scale. The group with BN did not differ significantly from the control group of individuals who committed suicide without an ED on any of the assessed variables. This finding may indicate that BN is not always a high-risk factor for suicide, which requires a more in-depth and detailed study of the relationship between the two phenomena.

Conclusions:

A systematic review demonstrates a high level of self-aggression in patients with BN (despite isolated studies questioning this link). Suicidal tendencies are often significantly associated with chronic body dissatisfaction and failures in compensatory behavior (such as self-induced vomiting, laxative and psychotropic drug use, and excessive physical activity). Suicidal tendencies are often a consistent feature of BN and are sometimes the first reason for the patient to come to the attention of psychiatric services.

The ongoing debate about the possible greater influence of premorbid personality traits and other underlying psychiatric conditions on suicidological characteristics in patients with BN remains far from resolved. Personality traits are far from universal, and given the

earlier onset of EDs than is actually diagnosed, it is not difficult to assume that such a time lag favors the development of a secondary psychopathological reaction. The presence of a strong personality component in the structure of BN (primary and/or secondary) is undeniable, capable of generating and maintaining a permanent intrapersonal conflict generated by a chronic inability to control a desired weight/body shape. However, at present, it is not possible to rule out their initial influence on the variable under study, which requires further clarification.

The influence of comorbidity (polymorbism) on suicidological characteristics in BN also requires further clarification. The presence of a second psychiatric diagnosis (especially one with a higher autoaggressive potential), which can significantly influence the assessed autoaggressive component of BN, provides new directions for subsequent research in this area: studying the suicidological characteristics of patients diagnosed exclusively with BN and developing models of the mutual influence of the primary and comorbid disorders. For example, the nature of the development of anxiety states in the structure of BN is highly debatable, since the dynamics of this ED imply a permanent state of "stress of the uncooperative," which can act as a factor in the development of reactive anxiety-depressive states. Which in turn dictates the need for a strict distinction between independent diagnoses of the affective circle (in particular, bipolar disorder, generalized anxiety disorder) against the background of BN and emotional reactions generated by the specific dynamics of BN (including depressive episodes of varying degrees of severity, panic attacks and anxiety states).

In any case, most existing studies agree in confirming an increased risk of suicidal behavior in EDs, and BN in particular, the mechanisms of which require further clarification. Studies indicate an increased risk

of suicide in patients with subthreshold BN (objectively extremely rarely diagnosed) compared to patients with established disease. This means that even in its infancy, BN poses no less of a danger. Most studies were conducted on samples of patients who had already attempted suicide (when they received emergency medical care), which clearly highlights gaps in early diagnosis and prevention. Despite the objectively high suicidal activity of patients with BN (up to 30% of them have a history of suicide attempts), in isolated studies aimed at monitoring the causes of mortality of this type of patients, there is an insignificant number of statements of suicide as the direct cause of death, which probably indicates a "silence" of the real situation (statement of accidents), or the lack of practice in identifying objective symptoms of bulimia in suicidal individuals.

The significant interest in the issue under discussion demonstrates its undoubted relevance and the current lack of a clear and complete understanding of the relationship between NB and suicidal behavior.

Restrictions:

Summarizing the data from the analysis, a number of existing limitations can be identified. First, a critically small number of studies examine men with BN (despite their undoubtedly growing share in the overall population of individuals with BN). Second, despite the multifaceted nature and variations in approaches to studying suicidal behavior in BN, there are few studies addressing the etiopathogenetic nature of the phenomenon and its dynamic characteristics. Third, there are virtually no studies examining the treatment outcomes for "suicidal" BN, nor have preventive approaches been developed. Fourth, data from predominantly foreign studies is presented, creating an undeniable knowledge gap regarding the Russian population of patients with BN, further highlighting the urgency of further research.

Литература / References:

1. <https://www.kommersant.ru/doc/7793293> (link – 02.11.2025)
2. <https://www.b17.ru/article/633674/> (link – 02.11.2025)
3. <https://www.rbc.ru/life/news/688cabde9a7947adb003bb9c?ysclid=mjg3zb2bf552659536> (link – 02.11.2025)
4. Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa – medical complications. *J Eat Disord.* 2015; 3: 12. DOI: 10.1186/s40337-015-0044-4
5. Расстройства пищевого поведения [Eating disorders] (In Russ) (link – 20.12.2025)
6. Amiri S, Hosseini SM. Trends, prevalence, incidence, and disability-adjusted life years of anorexia nervosa and bulimia nervosa in Iran: Global Burden of Disease Study. *Eat Weight Disord* 30, 59 (2025). DOI: 10.1007/s40519-025-01769-6
7. Why do people die from eating disorders? (link – 02.11.2025)
8. Вейцман И.А., Свиридова Д.С. Нервная анорексия у молодой пациентки с летальным исходом. Клинический случай. Клинический разбор в общей медицине. *Психическое здоровье (психиатрия)*. 2022; 2: 58–61. DOI: 10.47407/kr2022.3.2.00126 [Veitsman IA, Sviridova DS. Anorexia nervosa in a young patient with a fatal outcome. Clinical case. *Clinical analysis in general medicine. Mental health (psychiatry)*. 2022; 2: 58–61.] (In Russ)
9. Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., Деева М.А. Нервная анорексия и нервная булимия: от истории к современности. *Российский психиатрический журнал* 2016; 3: 36-45. [Barylnik YuB, Filippova NV, Deeva MA. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: from history to modernity. *Russian Psychiatric Journal*. 2016; 3: 36-45.] (In Russ)
10. Zerwas S, Larsen JT, Petersen L, et al. The incidence of eating disorders in a Danish register study: Associations with suicide risk and mortality. *Journal of Psychiatric Research.* 2015; 65: 16–22. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2015.03.003
11. Youssef G, Plancherel B, Laget J, et al. Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *European Psychiatry.* 2004; 19 (3): 131–139. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2003.11.005
12. Muehlenkamp JJ, Engel SG, Wadson A, et al. Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research and Therapy.* 2009; 47 (1): 83–87. DOI: 10.1016/j.brat.2008.10.011
13. Forcano L, Fernández-Aranda F, Álvarez-Moya E, et al. Suicide attempts in bulimia nervosa: Personality and psychopathological correlates. *European Psychiatry.* 2009; 24 (2): 91–97. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2008.10.002
14. Anestis MD, Silva C, Lavender JM, et al. Predicting nonsuicidal self-injury episodes over a discrete period of time in a sample of women diagnosed with bulimia nervosa: An analysis of self-reported trait and ecological momentary assessment based affective lability and previous suicide attempts. *International Journal of Eating Disorders.* 2012; 45 (6): 808–811. DOI:10.1002/eat.20947
15. Peterson CM, Fischer S. A prospective study of the influence of the UPPS model of impulsivity on the co-occurrence of bulimic symptoms and non-suicidal self-injury. *Eating Behaviors.* 2012; 13 (4): 335–341. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2012.05.007
16. Smith AR, Fink EL, Anestis MD, et al. Exercise caution: Overexercise is associated with suicidality among individuals with disordered eating. *Psychiatry Research.* 2013; 206 (2–3): 246–255. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.11.004
17. Runfola CD, Thornton LM, Pisetsky EM, et al. Self-image and suicide in a Swedish national eating disorders clinical register.

- Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55 (3): 439–449. DOI: 10.1016/j.comppsy.2013.11.007
18. Claes L, Islam MA, Fagundo AB, et al. The Relationship between Non-Suicidal Self-Injury and the UPPS-P Impulsivity Facets in *Eating Disorders and Healthy Controls*. *PLOS ONE*. 2015; 10 (5): e0126083. DOI: 10.1371/journal.pone.0126083
 19. Pearson CM, Pisetsky EM, Goldschmidt AB, et al. Personality psychopathology differentiates risky behaviors among women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2016; 49 (7): 681–688. DOI: 10.1002/eat.22570
 20. Smith KE, Hayes NA, Styer DM, et al. Emotional reactivity in a clinical sample of patients with eating disorders and nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Research*. 2017; 257: 519–525. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.08.014
 21. Hovrud L, Simons R, et al. Non-suicidal self-injury and bulimia: The role of emotion dysregulation and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2020; 25 (4): 1089–1097. DOI: 10.1007/s40519-019-00741-5
 22. Lieberman A, Robison M, Wonderlich SA, et al. Self-hate, dissociation, and suicidal behavior in bulimia nervosa. *Journal of Affective Disorders*. 2023; 335: 44–48. DOI: 10.1016/j.jad.2023.05.015
 23. Corcos M, Taïeb O, Benoit-Lamy S, et al. Suicide attempts in women with bulimia nervosa: Frequency and characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002; 106 (5): 381–386. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2002.02318.x
 24. Favaro A, Santonastaso P, Monteleone P, et al. Self-injurious behavior and attempted suicide in purging bulimia nervosa: Associations with psychiatric comorbidity. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 105 (1–3): 285–289. DOI: 10.1016/j.jad.2007.05.010
 25. Pisetsky EM, Wonderlich SA, et al. Depression and personality traits associated with emotion dysregulation: correlates of suicide attempts in women with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2015; 23 (6): 537–544. DOI: 10.1002/erv.2401
 26. Forcano L, Fernández-Aranda F, Álvarez-Moya E, et al. Suicide attempts in bulimia nervosa: Personality and psychopathological correlates. *European Psychiatry*. 2009; 24 (2): 91–97. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2008.10.002
 27. Pisetsky EM, Peterson CB, Mitchell JE, et al. A comparison of the frequency of familial suicide attempts across eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*. 2017; 50 (6): 707–710. DOI: 10.1002/eat.22694
 28. Himmerich H, Hotopf M, Shetty H, et al. Psychiatric comorbidity as a risk factor for the mortality of people with bulimia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2019; 54 (7): 813–821. DOI: 10.1007/s00127-019-01667-0
 29. Udo T, Bitley S, Grilo CM. Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders. *BMC Medicine*. 2019; 17 (1): 120. DOI: 10.1186/s12916-019-1352-3
 30. Cliffe C, Shetty H, Himmerich H, et al. Suicide attempts requiring hospitalization in patients with eating disorders: A retrospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*. 2020; 53 (5): 728–735. DOI: 10.1002/eat.23240
 31. Lengvenyte A, Strumila R, Maimoun L, et al. A specific association between laxative misuse and suicidal behaviours in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2022; 27 (1): 307–315. DOI: 10.1007/s40519-021-01180-x
 32. Tozzi F, Thornton LM, Mitchell J, et al. Features associated with Laxative abuse in individuals with eating disorders. *Psychosom Med* [Internet]. 2006; 68 (3): 470–477.
 33. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2009; 166 (12): 1342–1346. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09020247
 34. Bodell LP, Joiner TE, Keel PK. Comorbidity-independent risk for suicidality increases with bulimia nervosa but not with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*. 2013; 47 (5): 617–621. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.01.005
 35. Zerwas S, Larsen JT, Petersen L, et al. The incidence of eating disorders in a Danish register study: Associations with suicide risk and mortality. *Journal of Psychiatric Research*. 2015; 65: 16–22. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2015.03.003
 36. Abdi L, Rahmani A, Shojaei R, et al. Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa among women who recently attempted suicide compared with suicide non-attempting women. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2020; 22 (3): 54–60. DOI: 10.12740/APP/114187
 37. Guillaume S, Jaussent I, Olié E, et al. Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-control study. *PLoS ONE*. 2011; 6 (8): e23578. DOI: 10.1371/journal.pone.0023578

Вклад авторов:

Е.Р. Гурулёва: разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи;
А.В. Меринов: разработка дизайна исследования, перевод публикаций по теме, редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

E.R. Gurulyova: developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, article editing;
A.V. Merinov: developing the research design, translated relevant publications, article editing.

Information about the authors:

Gurulyova Elena R. (SPIN-code: 7564-5262; Researcher ID: ALL-7302-2020; ORCID iD: 0000-0002-7406-4563). Place of study: Graduate student of the Department of Psychiatry Ryazan State Medical University. Address: 9 Visokovolt'naya str., Ryazan, 390026, Russia. Phone: +7 (929)-067-01-60, email: er46280@gmail.com

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

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

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 14.10.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 03.12.2025.

Для цитирования: Гурулёва Е.Р., Меринов А.В. Суицидологическая характеристика молодых женщин и мужчин с нервной булимией: систематический обзор. *Суицидология*. 2025; 16 (4): 122-139. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-122-139

For citation: Gurulyova E.R., Merinov A.V. Suicidality in young women and men with nervous bulimia: a systematic review. *Suicidology*. 2025; 16 (4): 122-139. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-122-139

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СОТРУДНИКОВ СТРОИТЕЛЬНОЙ ОТРАСЛИ

*П.Б. Зотов¹, Е.Б. Любовь², М.С. Матейкович^{3,4}, А.М. Сульдин¹, В.В. Созонюк¹,
А.В. Белозерова¹, Е.А. Алексеева¹*

¹ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

²Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

³Второй кассационный суд общей юрисдикции, г. Москва, Россия

⁴ФГАОУ ВО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень, Россия

SUICIDAL BEHAVIOR AMONG CONSTRUCTION INDUSTRY EMPLOYEES

*P.B. Zotov¹, E.B. Lyubov²,
M.S. Mateykovich^{3,4}, A.M. Suldin¹,
V.V. Sozonyuk¹, A.V. Belozerova¹,
E.A. Alekseeva¹*

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

²Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia

³The Second Cassation Court of General Jurisdiction, Moscow, Russia

⁴Tyumen State University, Tyumen, Russia

Сведения об авторах:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; ResearcherID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: директор Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: +7 (3452) 69-07-53, 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 суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, г. Москва, ул. Потешная, 3, корп. 10. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Матейкович Максим Станиславович – доктор юридических наук, профессор (SPIN-код: 3945-2253, ORCID iD: 0000-0003-3113-3191). Место работы и должность: заместитель председателя Второго кассационного суда общей юрисдикции. Адрес: Россия, 121357, г. Москва, ул. Вере́йская, 29, стр. 34; заведующий базовой кафедрой правосудия, профессор кафедры теоретических и публично-правовых дисциплин, ФГАОУ ВО «Тюменский государственный университет». Адрес: Россия, 625003, г. Тюмень, ул. Семакова, 10. Электронный адрес: matmaxim@yandex.ru

Сульдин Александр Михайлович – доктор медицинских наук (ORCID iD: 0000-0001-9325-5173). Место работы и должность: профессор кафедры организации здравоохранения ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронный адрес: souldine@mail.ru

Созонюк Вита Владимировна (Research ID: PBW-2851-2025; ORCID iD: 0009-0003-7227-4406). Место работы и должность: старший преподаватель кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Белозерова Алина Владимировна – студентка (ORCID iD: 0009-0009-4615-1756). Место учёбы: студентка 6 курса ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Алексеева Екатерина Андреевна – студентка (ORCID iD: 0009-0009-0570-9602). Место учёбы: студентка 6 курса ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Официальных данных статистики о распространённости самоубийств среди сотрудников строительной сферы нет. Проблемой остаётся трудность распознавания суицидов, их дифференциальной диагностики с несчастными случаями и травмами на производстве. Однако проводимые исследования в различных странах указывают на более высокие показатели суицидальной смертности среди строителей преимущественно рабочих специальностей, чем в общей популяции (в 2 и более раз), значительном распространении суицидальных мыслей и самоповреждений. На долю мужчин-строителей приходится большинство смертей от самоубийств (до 97,8%). Преимущественно это лица молодого возраста, пришедшие недавно на работу, не имеющие какой-либо строительной профессии и выполняющие труд низкой квалификации. В большинстве случаев работа потенциальных суицидентов связана с тяжёлыми физическим и малооплачиваемым трудом, часто в условиях

стигматизации, травли и домогательств со стороны окружения, длительно сохраняющимися проблемами в личной жизни, семье, пребывающими в состоянии развода, проживающими в одиночестве. На момент совершения суицидальных действий у многих присутствуют клинически оформленные депрессивные расстройства (17,9%), тревога (30,3%) и проявления стресса (12%), опыт злоупотребления алкоголем или приёма наркотических средств. Ухудшению психического состояния способствуют соматические заболевания, травмы, получаемые на производстве. Меры профилактики суицидального поведения работников этой сферы практически не разработаны. Своевременное выявление психических нарушений и суицидальных идей ограничено из-за редкого активного обращения строителей к специалистам в области психического здоровья, что часто связано в традиционно «мужским» отношением к психологическим проблемам, и неспособностью распознать депрессию. Поэтому среди мер профилактики самоубийств рабочих-строителей важна просветительская работа о психическом здоровье, способах борьбы с стрессом, важности своевременного обращения за помощью. Для руководителей низшего и среднего звена – обязанность формирования комфортной психологической среды, профилактика и/или разрешение конфликтных ситуаций, пресечения стигматизации, травли в коллективе. При необходимости – помощи в улучшении условий труда, привлечения различных форм социальной / материальной поддержки, включая помощь профессиональных союзов. В случае выявления признаков психических нарушений или соматического заболевания – направление в медицинскую организацию.

Ключевые слова: суицид, самоубийство, строители, самоубийство строителей, строительная отрасль, факторы риска суицида строителей, способы самоубийств строителей, профилактика самоубийств в строительной сфере

Совершенствование системы профилактики суицидального поведения и снижение смертности от самоубийств относится к актуальным медико-социальным задачам. Системное решение этого вопроса подразумевает внедрение мер превентивной работы на разных уровнях воздействия с учётом выявляемых факторов и групп риска, что позволяет приблизить реализуемые меры к целевому контингенту. С этих позиций важнейшим условием предварительного этапа является определение целевой группы, проявляющей повышенную суицидальную активность, в дальнейшем изучение условий её формирования (индивидуальных, средовых, социальных и др.) и факторов сдерживания, по итогу анализа, разработка программы профилактики [1, 2].

Подобный подход вполне оправдан, так как при изучении отобранных и объединённых по ключевому параметру отдельных групп населения, выявляются не только общие и характерные для популяции факторы риска, но и более специфичные, нередко взаимооттягивающие. При этом роль медицинских работников, на которых традиционно возлагается основной груз профилактической работы, в этих группах минимальна, как с позиций доступа к этим лицам, так и по возможности реализации мер профилактики, а ожидаемые цели в виде снижения суицидальной активности и смертности могут быть достигнуты только системным воздействием, в том числе с привлечением немедических мер.

Возможный перечень целевых групп достаточно многообразен. Учитывая наиболее высокие показатели суицидальной смертности среди трудоспособного населения, научный и

практический интерес может представлять изучение суицидального поведения лиц, занятых в определённых отраслях промышленности и профессиях. Факторы, связанные с работой, могут способствовать повышению риска самоубийств, а также отражаться на различиях в частоте совершения суицида различными способами в зависимости от профессии [3, 4].

Цель исследования – обзор данных литературы о суицидальном поведении сотрудников строительной отрасли.

Материал и методы: проведён поиск в базах научных данных в elibrary.ru, PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) по ключевым словам – "самоубийство", "суицид", "суицидальная попытка", "строители", "строительная отрасль", "suicide", "suicidal attempt", "builders", "construction industry", без ограничений по годам исследований на глубину. Материалы, отвечающие основной теме и цели исследования, включались в работу.

Распространённость

Оценка распространённости самоубийств исключительно среди отдельного профессионального сообщества накладывает определённые рамки по получаемым показателям. Прежде всего, это обусловлено ограничением возрастными категориями трудоспособного возраста – от 16 до 65 лет, что исключает из общей статистики случаи добровольной смерти вне рамок этой возрастной группы. Квалификация профессии как фактора риска также может определять значительные различия с основной популяцией в ключевых характеристиках суицидального поведения, включая распространённость, пол, возраст, факторы риска, а также возможные меры профилактики. Другой про-

блемой является отсутствие в отдельных странах официальной статистической категории и формы учёта, включающей профессиональную деятельность человека на момент установления факта смерти, а приводимые в литературе данные по этим территориям, представлены итогом научных и эпидемиологических исследований. Всё это может вносить некоторую вероятную долю неточности в показатели смертности, что следует учитывать при их оценке.

С учётом этих возможных ограничений, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что профессия может быть определена как фактор риска самоубийства, и для ряда специальностей допустимо проведение расчёта степени риска [5, 6]. Так, в США на основе данных Национальной системы отчётности о насильственных смертях за 2016 год было показано, что по сравнению с показателями в общей популяции, уровень самоубийств был значительно выше в пяти основных отраслевых группах: 1) горнодобывающая промышленность, разработка карьеров, добыча нефти и газа (мужчины); 2) строительство (мужчины); 3) другие виды услуг (например, ремонт автомобилей) (мужчины); 4) сельское хозяйство, лесоводство, рыболовство и охота (мужчины); 5) транспортировка и складирование (мужчины и женщины) [7].

Подобный анализ, проведённый спустя 5 лет, подтвердил лидирующие позиции большинства профессий. В 2021 году в США общий уровень самоубийств в разбивке по полу среди гражданского неинституционализованного работающего населения составил 32,0 на 100000 среди мужчин и 8,0 на 100000 среди женщин. Основными отраслевыми группами с самым высоким уровнем самоубийств были горнодобывающая промышленность (мужчины = 72,0); строительство (мужчины = 56,0; женщины = 10,4); другие сферы услуг (например, ремонт автомобилей; мужчины = 50,6; женщины = 10,4); искусство, развлечения и отдых (мужчины = 47,9; женщины = 15,0). Основными профессиями с самым высоким уровнем самоубийств были строительство и добыча полезных ископаемых (мужчины = 65,6; женщины = 25,3); сельское хозяйство, рыболовство и лесоводство (например, работники сельского хозяйства; мужчины = 49,9) [8].

Эпидемиологические исследования также показали, что за первые два десятилетия XX века уровень самоубийств среди населения трудоспособного возраста в разных штатах США увеличился на 33-40% [3, 8, 9]. При этом

число смертей от самоубийств непропорционально сильно возросло среди строителей. Только в 2021 году почти пятая часть (17,9%) случаев самоубийств, зарегистрированных в соответствии с отраслевым кодом, произошла в сфере строительства, несмотря на то, что на долю строителей приходилось всего 7,4% рабочей силы [10].

Схожая ситуация наблюдается и в других странах. Так, в Швеции уровень самоубийств рабочих, занятых в строительстве, превышает аналогичный показатель относительно других профессий в 1,4 раза (95% ДИ 1,1-1,7) [11], в Австралии среди строителей-мужчин – в два раза (26,6 и 13,2 на 100000 человек соответственно) [12]. Повышенному риску самоубийств по сравнению с другими работниками подвергаются рабочие-строители в Ирландии [13], Грузии [14] и других государствах. Сохранение лидирующего положения строителей в суицидальном рейтинге профессий свидетельствует о неблагоприятной ситуации и отсутствии положительных изменений в отрасли [13, 15, 16].

Данные о частоте суицидальных форм среди строителей немногочисленны. В отдельных перекрестных исследованиях показано, что среди мужчин-строителей показатель распространённости суицидальных мыслей в течение всей жизни составил 22%, попыток самоубийства – 6%, а несуицидальных самоповреждений – 6% [13], что свидетельствует о достаточно высоком суицидальном риске этой профессиональной группы.

Пол, возраст, образование

На долю мужчин-строителей приходится большинство смертей от самоубийств (до 97,8%) [10]. Для такой статистики, безусловно, предрасполагающим фактором может служить преобладание мужчин среди основных профессий, используемых на строительном производстве. Доля женщин, совершающих суицидальные действия, среди работающих на этих же предприятиях, непропорционально мала и значительно отличается от среднепопуляционных. Такой значительный дисбаланс, с одной стороны, может указывать на наличие в среде исходных и потенцирующих негативных факторов, имеющих большее влияние на мужскую группу. С другой, преобладание мужчин в суицидальном контингенте во многом определяет и другие ключевые характеристики суицидального поведения, включая мотивы, условия и способы реализуемых покушений, а также необходимые меры профилактики.

Важной категорией является возраст и преобладающая возрастная группа риска. Учитывая профессиональную среду, возраст в большинстве случаев тесно связан со стажем, опытом и уровнем подготовки. Молодые люди чаще имеют более низкую квалификацию, меньше опыта и навыков в данной сфере деятельности. По мере увеличения возраста эти показатели растут.

Анализ данных по строительной отрасли показывает, что суицидальный риск может быть повышен среди всех возрастных групп, но максимально у молодых мужчин-строителей [17], закончивших среднюю или эквивалентную школу [10]. Среди строителей-мигрантов, проявляющих суицидальную активность, уровень образования может быть ещё ниже, нередко не превышающий начального [18].

Профессиональный уровень и условия работы

Во многом это является причиной низкой квалификации и отсутствия навыков в какой-либо рабочей специальности. При трудоустройстве молодые люди принимаются как подсобные или разнорабочие, бетонщики, каменщики, маляры, стекольщики, рабочие по обработке листового металла, монтажники, стропальщики и др. Отдельно для каждой из этих категорий суицидальные риски не определены, однако низкая квалификация рабочих-строителей сама по себе относится к просуицидогенным факторам [19, 20]. Строительные профессии, подразумевающие специальное образование, обычно обеспечивают рабочим более высокую квалификацию и лучшие условия труда, более высокую степень автономности и уровень зарплат. Эти специалисты (например, электрики, бригадиры), а также служащие строительных компаний, не задействованные в физическом труде (клерки), имеют риск не превышающий среднепопуляционный [11, 21].

У лиц с низкой квалификацией повышать уровень стресса может выход на работу и первый период знакомства вследствие воздействия новых незнакомых, нередко тяжёлых условий труда и/или негативного влияния окружения. Стресс у строителей, связанный с работой, относят к основному фактору, способствующему провоцированию или утяжелению имеющихся психических расстройств и актуализации суицидального поведения. Риск возникновения суицидальных мыслей и покушений повышается при тяжёлых физических нагрузках, работе более 8 часов в день, 35-44 часов в неделю и низкой оплате труда [13, 18, 22], работой по

ночам вдали от дома [15]. Вероятность подобных нарушений также повышается у работающих неполный рабочий день, пропустивших рабочие дни из-за травмы / болезни или имеющих слабое здоровье [23]. Просуицидогенное влияние также могут оказывать угроза потери работы, увольнение, последующие трудности трудоустройства и безработица [20, 24].

Хорошая психологическая обстановка, поддержка трудового окружения и руководства, может значительно снизить тяжесть многих негативных факторов, действующих на производстве, и, наоборот, её отсутствие или повышение напряжённости в коллективе, способствует усилению стресса [25]. Между тем, среди мужчин-строителей почти треть (29,6%) сообщают о психологическом стрессе, 23,8% оценивают его как умеренный, 5,8% – тяжёлый [23]. При ретроспективной оценке выясняется, что большинство совершивших суицидальные действия, ранее подвергались на рабочем месте травле и домогательствам [26, 27]. Различные формы стигматизации наиболее часто были направлены на новичков и учеников [15]. Выжившие при опросе указывали на тяжёлую социальную разобщённость, ощущение изоляции и отсутствие поддержки в коллективе [28].

Личная жизнь

Не менее значимы и условия личной жизни, отношения с близкими, семейное положение. Нарушения в этих сферах могут иметь прямое или ассоциированное потенцирующее действие на суицидальную активность. Как и в общей популяции, повышению суицидального риска у молодых мужчин-строителей способствуют нарушение баланса между работой и личной жизнью, проблемы в семье, развод, проживание в одиночестве [22, 29, 30].

Психическое состояние

Длительное пребывание в стрессовой ситуации на работе, нередко в ассоциации с негативными факторами в ближайшем окружении, отражается на психологическом состоянии рабочего и может определять развитие психических нарушений или утяжелять течение имеющихся ранее душевных заболеваний [14, 22]. При целенаправленном обследовании клинически оформленные депрессивные расстройства выявляются у 17,9%, тревога – у 30,3%, стресс – у 12% человек [31]. Распространённость депрессии у мигрантов рабочих профессий может достигать 25,1% [18]. В целом, риск формирования депрессии у работающих в строительной сфере в 2,2 раза выше (95% Ди 1,56-3,83), чем в общей популяции [18]. У части строителей тре-

вога носит характер генерализованного расстройства. Увеличение тяжести этих проявлений в сочетании с депрессией резко повышает суицидальный риск (числа мыслей и попыток), а также риск несуицидальных самоповреждений [13, 23]. В большинстве случаев это связано с негативным восприятием рабочей среды [27, 32]. В группе риска по психическим нарушениям мужчины в возрасте 25-44 лет [33].

Среди психогенных факторов риска для психического здоровья ведущее значение имеют: плохие условия труда, перегрузка на работе, ограничение автономии на работе, конфликты с сотрудниками, необходимость одновременного решения многих задач, неудовлетворённость работой, отсутствие социальной поддержки, финансовые и юридические проблемы, разрыв отношений, нерешённые вопросы опеки над детьми [22, 25, 32].

Алкоголь и ПАВ

Важным предрасполагающим к самоубийству фактором является алкоголь и/или другие психоактивные вещества (ПАВ), приём которых может вести к повышению агрессивности, импульсивности, снижению контроля, ухудшению психического здоровья и риску самоповреждений [15, 34]. Тяжёлое опьянение, систематическое злоупотребление, алкоголизм, может определять негативный аффект, чувство безнадежности и резко повышать суицидальный риск [27, 35].

Помимо алкоголя основными ПАВ, используемых рабочими-строителями, являются марихуана и некоторые новые синтетические наркотики, обладающие стимулирующим действием. Часто наблюдается употребление алкоголя совместно с ПАВ. Использование «тяжёлых» препаратов (героин и др.) в этой социальной группе встречается редко и может быть связано с тем, что употребление сильнодействующих веществ лишает человека возможности работать. Другим ограничивающим фактором является их более высокая стоимость. Мотивы злоупотребления алкоголем и потребления наркотиков среди строителей прямо или косвенно связаны с работами на строительной площадке и с образом жизни рабочих. Непосредственные причины употребления – это выбранная адаптационная стратегия преодоления трудностей и напряжения. Другие причины, не связанные со строительными работами, включают традиционные мотивы: обычаи, образ жизни и давление со стороны окружения [36].

Ретроспективный анализ случаев гибели мужчин от самоубийства на стройке (штат

Юта, США), свидетельствует о том, что проблемы со злоупотреблением психоактивными веществами или психическим здоровьем, присутствовали у 58% за последние три года до трагедии, у четверти (25%) при вскрытии был обнаружен положительный результат на наркотические препараты [16]. Нередки случаи постмортального выявления в крови сочетанного присутствия алкоголя и других ПАВ [37].

Расчёты показывают, что злоупотребление алкоголем или алкогольная зависимость увеличивает вероятность возникновения суицидальных мыслей более, чем в два раза (ОШ = 2,64, 95% ДИ: 1,74-3,99), а незаконное употребление опиоидов в 1,87 раза (95% ДИ: 1,22-2,89) [23], что указывает на важность профилактических мер в этом направлении.

Среди других неблагоприятных факторов, ассоциированных с потреблением алкоголя и высоким суицидальным риском – проблемы в интимных отношениях (48%), у каждого четвёртого (26%) криминальные связи / опыт, кратковременный опыт работы (то есть невозможность получить постоянную работу), а также безработица в предыдущий период [16, 25], финансовые проблемы и долги [28, 38].

Диагностика / дифференциальная диагностика

Важным условием предупреждения суицидальных действий является диагностика суицидального поведения. Однако своевременное выявление лиц группы риска в пресуицидальный период происходит крайне редко. Отчасти, это происходит по причине необращения за помощью самих потенциальных суицидентов, несмотря на имеющиеся переживания и идеи о добровольном уходе (что в целом характерно и для общей популяции). Активному обращению часто препятствуют традиционные мужские нормы («мужчины не плачут») [17], нежелание выглядеть слабым в глазах окружающих, а также низкий уровень грамотности в области психического здоровья, неспособность мужчин распознать депрессию и субъективно оценить необходимость в психологической поддержке [39]. Учитывая специфичность профессиональной среды дополнительным негативным фактором, может являться её традиционная отдалённость от специалистов в области психического здоровья. Привлечение медицинских работников обычно происходит лишь при прохождении медицинских осмотров или оказании помощи пострадавшим, как правило, связанной в производственной травмой.

Малое внимание к душевному состоянию рабочего, члену трудового коллектива, неготовность (нежелание?) обсуждения его личных проблем и/или оказанию минимальной психологической поддержки, часто ведёт к невыявлению суицидального поведения и недооценке риска самоубийства даже при наличии явных внешних признаков (озвучиваемые вскользь или открыто мысли, заявления, угрозы, планы, приготовления и др.). Целенаправленные опросы свидетелей трагедий на производстве свидетельствуют о том, что для многих самоубийства, произошедшие среди коллег, вначале воспринимались как «гром среди ясного неба» [27], но при последующей ретроспективной оценке они достаточно часто могли вспомнить слова, ситуации, которые можно было бы отнести к суицидальному поведению.

Важно понимать, что суицидальная активность редко скрывается полностью и незаметна для окружающих. Часто человек, пребывающий в ситуации суицидального кризиса, напротив, пытается обсуждать эту тему с окружающими, хоть и не всегда открыто и напрямую, интересуется подробностями совершённых самоубийств или покушений. Опросы молодых стажёров-строителей рабочих профессий, общающихся о суицидальных мыслях в предыдущем году, указывают, что примерно от половины до двух третей из них знали кого-то, кто либо пытался покончить с собой, либо умер в результате самоубийства [40]. Поэтому лица, контактирующие с суицидентом, должны рассматриваться как группа риска.

При обсуждении темы диагностики и раннего выявления суицидального поведения вполне уместен вопрос – кто должен этим заниматься, если специалисты в области психического здоровья – редкие посетители строительных объектов. Однако высокая актуальность проблемы указывает на необходимость поиска решений. Среди предлагаемых вариантов – теоретические тренинги и адаптированные мероприятия на рабочем месте, направленные на повышение грамотности среди строительных рабочих и их непосредственного руководства по психологической устойчивости, профилактики неклинических и клинических симптомов депрессии, тревоги, эмоционального выгорания [17, 41]. При таком подходе помимо улучшения психологического климата, снижения стигматизации, возможно формирование коллективной суицидологической настороженности, повышение способности самодиа-

гностики и увеличение числа обращений за помощью.

Другим аспектом диагностики является выявление суицидальных действий и мотивов среди случаев травм и/или гибели на рабочем месте. В России в 2023 г. было зарегистрировано 1650 тыс. пострадавших на строительном производстве, в том числе 190 тыс. травм со смертельным исходом [42]. Практически каждый третий-четвёртый случай связан с падением с высоты, что в целом, прослеживается и в статистике других стран [43, 44, 45]. Формально более половины травм обусловлены нарушением техники безопасности, отсутствием страховки и/или разрушении анкерных линий [46]. Но можно с большой долей уверенности предполагать, что часть падений и других травм с летальным исходом может носить умышленный характер, скрывая суицид. Предполагается, что до 2,3% смертельных травм, полученных во время работы, являются самоубийствами [47]. В структуре падений эта доля может быть ещё выше. Поэтому роль последующего служебного расследования и постмортальной экспертизы в дифференциальной диагностике и распознавании случаев добровольной смерти крайне важна. Среди проблем, с которыми могут столкнуться эксперты – желание руководства компаний скрыть факт самоубийства и перевода его в категорию несчастных случаев на производстве, что приводит к занижению показателей суицидальной смертности в этой отрасли, замалчиванию проблемы и ограничивает возможности внедрения мер профилактики. Другой ситуацией является расследование произошедшей трагедии на предмет возможного убийства и/или симуляция его под суицид сотрудника. Учитывая контингент работников, высокую частоту конфликтных ситуаций, потребления алкоголя и ПАВ, наличие у многих криминальных связей и/или прошлого (26%) [15, 16], такой сценарий вполне допустим и не должен исключаться из возможных вариантов развития событий, тем более, что согласно отдельным исследованиям доля убийств среди смертельных травм, полученных на рабочем месте / предприятии может достигать 10,6% [47].

Способы самоубийства

Избираемые строителями способы суицида многообразны. Как правило, доминируют варианты характерные для общей популяции. В России преобладает механическая асфиксия при самоповешении. В США, с высокой долей в общей популяции самоубийств при помощи

оружия (более 50%) [3, 24], значительная часть строителей также погибает от огнестрельных ранений [48]. При этом в штатах с более либеральной разрешительной политикой доля строителей, погибающих от самострелов, достигает 54% (штат Юта) [16]. В штатах с более сложной системой доступа к оружию, первое место среди способов суицида также, как и во многих странах мира, занимает самоповешение [6].

Однако с учётом условий трудовой деятельности, обеспечивающих более широкий, или, напротив, временно ограничивающих доступ к другим повреждающим факторам, доля нехарактерных методов может меняться [3], и при отдельных строительных специальностях или локациях необычные способы суицида могут составлять значительную долю.

Помимо умышленных падений (прыжков) с высоты среди таковых описаны:

– использование строительного / монтажного пистолета с пороховым или электрическим приводом [49]. Среди суицидентов – исключительно мужчины. При совершении попытки самоубийства выстрелы чаще совершаются в область лица, глазниц, шеи, головы, реже – грудной клетки, живота [50, 51, 52]. Преобладают множественные проникающие ранения, включая голову, с тяжёлыми последствиями и высокой летальностью [53, 54, 55]. В качестве повреждающих элементов обычно выступают типовые монтажные гвозди. Количество выстрелов может быть единичным, но чаще множественное, от 3-6 до 12 [50, 54, 56], при длине гвоздей до 12 см [57]. Для заряда могут использоваться и обычные строительные гвозди или другие конгруэнтные металлические предметы. В этих случаях выстрелы, как правило, единичные, преимущественно в голову [38].

Важно отметить, что многие современные монтажные пистолеты имеют ту или иную форму предохранительной системы, защищающую от случайных самоповреждений. Поэтому непреднамеренные травмы обычно возникают в результате неправильного использования инструмента или попадания гвоздей рикошетом [58]. Для преодоления (дезактивации) системы защиты требуются определённые технические познания и действия, что обычно указывает на плановый и умышленный характер деяний пострадавшего. Например, описан случай, когда строитель преодолел встроенный предохранительный механизм монтажного пистолета, поместив книгу между своим лбом и дулом [37].

У многих избравших такой способ суицида при ретроспективной оценке выявляются признаки депрессии, а в крови следы алкоголя и/или других ПАВ [38, 52, 58, 59];

– приём внутрь строительных смесей – цемент, клей для керамической плитки, гипс / алебастр и др. Отличительной особенностью данного вида самоповреждений является то, что ведущим механизмом является не токсическое воздействие на организм, как при обычном отравлении, хотя оно тоже в определённой мере присутствует. Ключевым повреждающим фактором, создающим угрозу жизни, является формирующееся отсроченное механическое препятствие для работы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), возможное прободение полых органов, угроза кровотечения. При достаточно выдержанной по времени экспозиции для затвердения смеси, традиционно используемые меры первой помощи в виде промывания верхних отделов ЖКТ и детоксикация малоэффективны. Для сохранения жизни этих пострадавших требуется более значительный арсенал, включающий методы эндоскопического контроля и помощи, нередко абдоминального хирургического вмешательства с последующей длительной реабилитацией.

Показателен пример: 30-летний рабочий-строитель за семь часов до самостоятельного обращения в больницу проглотил две чашки цемента, разведённого водой, а также совершил порез на левом запястье острым куском керамики. При осмотре был в сознании, ориентировался и находился в стабильном состоянии. Физикальное обследование – без особенностей, за исключением ощущения тяжести и болезненности в эпигастрии. Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта показала наличие большого объёма твердого цемента в желудке и множественных эрозий в области переднего отдела желудка. В стационаре выполнены исследовательская лапаротомия и гастротомия. В ходе операции обнаружено отвердевшее инородное тело, расположенное в желудке и простирающееся от дна до привратника. В прямой кишке были обнаружены множественные мелкие инородные тела подобной структуры. Все были полностью извлечены. В период пребывания в стационаре пациенту была оказана психиатрическая помощь, и его последующее наблюдение после выписки не выявило ухудшение состояния [60].

При использовании веществ с высокой скоростью затвердения / полимеризации (гипс, алебастр, монтажная пена), образующиеся за

короткий период конгломераты, как правило, не преодолевают пилорический отдел, формируя безоар желудка, что приводит к обструкции выходного отдела и непроходимости [61, 62]. В случае приёма гипса кратными дозами, успешными преодолеть пилорический отдел, итогом может быть формирование конгломератов на значительном протяжении кишечника [63]. Во всех случаях, и безоар, и кишечные конгломераты при рентгенодиагностике будут хорошо видны на снимке. В большинстве случаев этим пациентам требуется эндоскопическое и/или хирургическое лечение. Если пострадавший обратился в более ранние сроки, то промывание желудка может вести к снижению концентрации принятого вещества в желудочной смеси, фрагментации его твердеющих форм и последующего выведения естественным путём [64].

Возможными вариантами могут быть приём других твердеющих веществ / жидкостей, но обладающих и химической токсичностью, например, быстротвердеющий цемент на основе 75%-ного силиката натрия («жидкое стекло») [65] или жидкостей, используемых для заливки полов, различных растворителей и др. Приём внутрь этих агентов может вести к химическому отравлению, повреждению жизненно-важных органов и летальному исходу. Возможный перечень подобных токсикантов достаточно велик. В редких случаях выбор суицидента не ограничивается одним вариантом повреждающего способа и может включать сочетанное применение двух и более повреждающих методов и средств. Например, описан случай механической асфиксии при самоповешении на ремне мужчины, предварительно принявшим значительный объём гипса [66];

– использование электричества по суицидальным мотивам. В группе риска профессиональные электрики. В профильных исследованиях показано, что среди применивших электричество в качестве средства суицида по меньшей мере 35% работали электриками в настоящее время или раньше [67]. Имеющиеся навыки иногда помогают этим специалистам конструировать для реализации суицида специальное оборудование [68], или симулировать суицид под несчастные случаи на производстве. В любом случае регистрируемые случаи электротравм следует оценивать и с позиций возможной суицидальной активности пострадавшего;

– другие способы. Их перечень широк, и обусловлен средствами производства, используемых в строительной сфере. Для нанесения

себе повреждений по суицидальным мотивам могут быть использованы различного рода пилы, сварочные аппараты, дрели, подъёмные краны, манипуляторы, лебедки, отбойные молотки и другое оборудование. Описаны и экзотические способы, например, прыжок рабочего-строителя в заполненную работающую бетономешалку грузовика [69].

Профилактика суицидальной активности и смертности среди специалистов в строительной сфере является актуальной проблемой, однако комплексных программ с доказанной эффективностью в настоящее время нет. Немногочисленные исследования позволяют определить ключевые направления этой работы и разрабатывать меры превенции с учётом индивидуальных, социальных и системных факторов, связанных с работой, а также с оказанием помощи лицам, подверженным риску самоубийства, на системной основе [25, 70].

К важнейшим направлениям работы можно отнести [13, 19, 29, 41, 71, 72, 73]:

- создание более здоровой рабочей среды в строительном секторе;
- создание хорошо организованных и управляемых рабочих мест;
- совершенствование производственной культуры;
- снижение / исключение стигматизации и травли на рабочем;
- расширения прав рабочих и возможностей обращения за помощью;
- повышение осведомлённости рабочих о психическом здоровье и суициде, в том числе путём организации образовательных мероприятий;
- поощрение людей, обращающихся за помощью (рабочих) и предлагающих её (специалисты в области психического здоровья);
- создание условий возможности получения помощи / консультации по улучшению психического здоровья на рабочем месте;
- создание условий для поддержания взаимодействия рабочего и семьи, с близкими (общение, мобильная связь, интернет, дополнительный отпуск и др.);
- создание условий по раннему выявлению и лечению психических нарушений с целью своевременного вмешательства;
- поддержка работников профсоюзами и работодателем;
- контроль и исключение потребления алкоголя и ПАВ на рабочем месте;
- поддержание необходимого уровня техники безопасности;

– ограничение неконтролируемого доступа к средствам, возможных к использованию по суицидальным мотивам и самоповреждениям.

Заключение

Самоубийства среди сотрудников строительной сферы является важной медико-социальной проблемой. Отсутствие системы учёта не позволяет оценить реальное количество самоубийств. Проблемой остаётся трудность распознавания суицидов, их дифференциальной диагностики с несчастными случаями и травмами на производстве. Проводимые исследования в различных странах указывают на более высокие показатели суицидальной смертности среди строителей преимущественно рабочих специальностей, чем в общей популяции (в 2 и более раз), значительном распространении суицидальных мыслей и самоповреждений. Подавляющее большинство смертей от самоубийств приходится долю мужчин-строителей. Преимущественно это лица молодого возраста, пришедшие недавно на работу, не имеющие какой-либо строительной профессии и выполняющие труд низкой квалификации. В большинстве случаев работа потенциальных суицидентов связана с тяжёлыми физическим и малооплачиваемым трудов, часто в условия стигматизации, травли и домогательств со стороны окружения, длительно сохраняющимися проблемами в личной жизни, семье, или пребывающими в состоянии развода. На момент совершения суицидальных действий у многих присутствуют клинически оформлен-

ные депрессивные расстройства, тревога и проявления стресса, опыт злоупотребления алкоголем или приёма наркотических средств. Ухудшению психического состояния способствуют соматические заболевания, травмы, получаемые на производстве. Меры профилактики суицидального поведения работников этой сферы практически не разработаны. Своевременное выявление психических нарушений и суицидальных идей ограничено из-за редкого активного обращения строителей к специалистам в области психического здоровья, что часто связано в традиционно «мужским» отношением к психологическим проблемам. Поэтому среди мер профилактики самоубийств рабочих-строителей важна просветительская работа о психическом здоровье, способах борьбы с стрессом, важности своевременного обращения за помощью. Для руководителей низшего и среднего звена – обязанность формирования комфортной психологической среды, профилактика и/или разрешение конфликтных ситуаций, пресечения стигматизации, травли. При необходимости – помощи в улучшении условий труда, привлечения различных форм социальной / материальной поддержки, включая помощь профессиональных союзов. В случае выявления признаков психических нарушений или соматического заболевания – направление в медицинскую организацию. Данная тема практически не изучена в России и требует профильных исследований.

SUICIDAL BEHAVIOR AMONG CONSTRUCTION INDUSTRY EMPLOYEES

*P.B. Zotov¹, E.B. Lyubov²,
M.S. Mateykovich^{3,4}, A.M. Suldin¹,
V.V. Sozonyuk¹, A.V. Belozeroval¹,
E.A. Alekseeval¹*

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

²Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research center of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia

³The Second Cassation Court of General Jurisdiction, Moscow, Russia

⁴Tyumen State University, Tyumen, Russia

Abstract:

There are no official statistics on the prevalence of suicide among construction workers. The difficulty of recognizing suicides remains a problem. Differential diagnosis with accidents and injuries at work. However, studies conducted in various countries indicate higher rates of suicide mortality among construction workers, primarily blue-collar workers, than in the general population (at least twice as much), along with a significant prevalence of suicidal ideation and self-harm. Male construction workers account for the majority of suicide deaths (up to 97.8%). These are predominantly young individuals who have recently entered the workforce, lack any construction skills, and perform low-skilled labor. In most cases, the work of potential suicide attempters involves physically demanding and low-paid labor, often under conditions of stigma, bullying, and harassment from others, long-standing personal and family problems, divorce, or living alone. At the time of suicidal actions, many workers suffer from clinically defined depressive disorders (17.9%), anxiety (30.3%), and stress (12%), as well as a history of alcohol abuse or drug use. Somatic illnesses and workplace injuries can contribute to a worsening of mental health. Measures to prevent suicidal behavior among workers in this sector are practically nonexistent. Timely identification of mental disorders and suicidal ideation is limited due to the low rate of active consultation with mental health professionals among construction workers, which is often associated with a traditionally "male" attitude toward psychological problems and the inability to recognize depression. Therefore, among measures to prevent suicide among construction workers, educational work on mental health, stress management, and the importance of promptly seeking help are essential. Lower and mid-level

managers are responsible for creating a comfortable psychological environment, preventing and/or resolving conflict situations, and combating stigmatization and bullying within the workplace. If necessary, assistance in improving working conditions and engaging various forms of social and material support, including assistance from trade unions, is provided. If signs of mental disorders or physical illness are detected, referral to a medical facility is provided.

Keywords: suicide, construction workers, builders, suicide of builders, construction industry, risk factors for suicide of builders, methods of suicide of builders, suicide prevention in the construction industry

Improving the system for preventing suicidal behavior and reducing suicide mortality are pressing medical and social challenges. A systemic solution to this issue requires the implementation of preventive measures at various levels of impact, taking into account identified risk factors and groups, allowing for targeted interventions. From this perspective, the most important condition of the preliminary stage is identifying the target group exhibiting increased suicidal activity, then studying the conditions under which it develops (individual, environmental, social, etc.) and deterrent factors, and, based on the analysis, developing a prevention program [1, 2].

This approach is entirely justified, as studying selected population groups grouped by key parameters reveals not only common and population-specific risk factors but also more specific, often mutually aggravating ones. Moreover, the role of healthcare workers, who traditionally bear the brunt of preventive work, is minimal in these groups, both in terms of access to these individuals and the feasibility of implementing preventive measures. The expected goals of reducing suicidal activity and mortality can only be achieved through a systemic approach, including non-medical interventions.

The potential target groups are quite diverse. Given the highest rates of suicide mortality among the working-age population, studying the suicidal behavior of individuals employed in certain industries and professions may be of scientific and practical interest. Work-related factors may contribute to an increased risk of suicide and also contribute to differences in the frequency of suicide by various methods depending on the profession [3, 4].

The aim of the study is to review the literature on suicidal behavior of employees in the construction industry.

Material and methods: a search was conducted in scientific databases in elibrary.ru, PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>) using the keywords "suicide", "suicide attempt", "builders", "construction industry", "suicidal attempt", "builders", "construction industry," with no limitations on the years of research depth. Materials that met the main topic and purpose of the study were included.

Prevalence

Estimating suicide prevalence solely among a specific professional community imposes certain limitations on the resulting figures. This is primarily due to the restriction to working-age categories – aged from 16 to 65 – which excludes cases of voluntary death outside this age group from the overall statistics. The classification of an occupation as a risk factor can also determine significant differences from the general population in key characteristics of suicidal behavior, including prevalence, gender, age, risk factors, and possible pre-

ventive measures. Another problem is the lack of an official statistical category and registration form in some countries that include a person's professional activity at the time of death, while the data cited in the literature for these regions are the result of scientific and epidemiological studies. All of this may introduce a certain degree of uncertainty into mortality rates, which should be taken into account when assessing them.

Taking these potential limitations into account, the available data suggest that occupation can be identified as a risk factor for suicide, and that risk calculations are acceptable for a number of occupations [5, 6]. For example, in the United States, using data from the National Violent Death Reporting System for 2016, it was shown that, compared with the general population, the suicide rate was significantly higher in five major industrial groups: 1) mining, quarrying, and oil and gas production (men); 2) construction (men); 3) other services (e.g., auto repair) (men); 4) agriculture, forestry, fishing, and hunting (men); 5) transportation and warehousing (men and women) [7].

A similar analysis conducted 5 years later confirmed the leading positions of most occupations. In 2021, the overall suicide rate by sex in the civilian non-institutionalized working population in the United States was 32.0 per 100,000 for men and 8.0 per 100,000 for women. The main industry groups with the highest suicide rates were mining (men = 72.0); construction (men = 56.0; women = 10.4); other service industries (e.g., auto repair; men = 50.6; women = 10.4); arts, entertainment, and recreation (men = 47.9; women = 15.0). The main occupations with the highest suicide rates were construction and mining (men = 65.6; women = 25.3); agriculture, fisheries and forestry (e.g. agricultural workers; males = 49.9) [8].

Epidemiological studies have also shown that during the first two decades of the 20th century, the suicide rate among the working-age population in various US states increased by 33-40% [3, 8, 9]. Moreover, the number of deaths by suicide increased disproportionately among construction workers. In 2021 alone, almost a fifth (17.9%) of suicide cases recorded under the industry code occurred in the construction industry, despite the fact that construction workers accounted for only 7.4% of the workforce [10].

A similar situation is observed in other countries. For example, in Sweden, the suicide rate among workers employed in construction is 1.4 times higher than in other professions (95% CI 1.1-1.7) [11], and in Australia, among male construction workers, it is twice as high (26.6 and 13.2 per 100,000 people, respectively) [12]. Construction workers in Ireland [13], Georgia [14], and other countries are at increased risk of suicide compared to other workers. The continued leading position of construction workers in the suicide ranking of profes-

sions indicates an unfavorable situation and the absence of positive changes in the industry [13, 15, 16].

Data on the incidence of suicidal behavior among construction workers are limited. Some cross-sectional studies have shown that among male construction workers, the lifetime prevalence of suicidal ideation was 22%, suicide attempts 6%, and non-suicidal self-harm 6% [13], indicating a relatively high suicide risk in this professional group.

Gender, age, education

Male construction workers account for the majority of suicide deaths (up to 97.8%) [10]. The predominance of men in the main occupations used in construction may undoubtedly contribute to these statistics. The proportion of women committing suicide among those working in these same enterprises is disproportionately small and differs significantly from the population average. This significant imbalance, on the one hand, may indicate the presence of underlying and potentiating negative factors in the environment that have a greater impact on the male group. On the other hand, the predominance of men in the suicidal contingent largely determines other key characteristics of suicidal behavior, including the motives, conditions, and methods of attempted suicide, as well as the necessary preventive measures.

An important factor is age and the predominant age group at risk. Given the professional environment, age is in most cases closely related to length of service, experience, and level of training. Young people often have lower qualifications, less experience, and less skills in the given field. These indicators increase with age.

Analysis of data from the construction industry shows that suicide risk may be elevated among all age groups, but is highest among young male construction workers [17] who have completed high school or equivalent [10]. Among migrant construction workers who exhibit suicidal activity, the level of education may be even lower, often not exceeding primary school [18].

Professional level and working conditions

This is largely due to low qualifications and a lack of skills in any given work specialty. When seeking employment, young people are hired as laborers or general workers, concrete workers, masons, painters, glaziers, sheet metal workers, fitters, slingers, etc. Suicide risks have not been determined separately for each of these categories; however, the low qualifications of construction workers is itself a pro-suicide factor [19, 20]. Construction professions that require specialized education typically provide workers with higher qualifications and better working conditions, a higher degree of autonomy, and a higher salary. These specialists (e.g., electricians, foremen), as well as employees of construction companies not involved in physical labor (clerks), have a risk that does not exceed the population average [11, 21].

For low-skilled individuals, stress levels may increase upon entering work and during the initial period of familiarization due to exposure to new, unfamiliar, and often difficult working conditions and/or the negative influence of the environment. Work-related stress in construction workers is considered a major factor contributing to the onset or aggravation of existing mental disorders and the increase in suicidal behavior. The risk

of suicidal thoughts and attempts increases with heavy physical exertion, working more than 8 hours a day, 35-44 hours a week, and low wages [13, 18, 22], as well as working nights away from home [15]. The likelihood of such disorders also increases among those working part-time, those who have missed work days due to injury/illness, or those in poor health [23]. The threat of job loss, dismissal, subsequent difficulties in finding employment, and unemployment can also have a pro-suicidal effect [20, 24].

A good psychological environment, support from the work environment and management, can significantly reduce the severity of many negative factors acting in the workplace, and, conversely, its absence or increased tension in the team contributes to increased stress [25]. Meanwhile, among male construction workers, almost a third (29.6%) report psychological stress, 23.8% assess it as moderate, 5.8% – severe [23]. A retrospective assessment reveals that the majority of those who committed suicidal acts had previously been subjected to bullying and harassment in the workplace [26, 27]. Various forms of stigmatization were most often directed at newcomers and apprentices [15]. Survivors, when surveyed, indicated severe social disunity, a feeling of isolation and a lack of support in the team [28].

Personal life

Equally significant are personal life circumstances, relationships with loved ones, and marital status. Disturbances in these areas can have a direct or associated potentiating effect on suicidal behavior. As in the general population, an increased risk of suicide in young male construction workers is associated with poor work-life balance, family problems, divorce, and living alone [22, 29, 30].

Mental state

Long-term exposure to a stressful situation at work, often in association with negative factors in the immediate environment, affects the psychological state of the worker and can determine the development of mental disorders or aggravate the course of existing mental illnesses [14, 22]. During a targeted examination, clinically formal depressive disorders are detected in 17.9%, anxiety in 30.3%, stress in 12% of people [31]. The prevalence of depression in migrant workers can reach 25.1% [18]. In general, the risk of developing depression in workers in the construction industry is 2.2 times higher (95% CI 1.56-3.83) than in the general population [18]. In some builders, anxiety has the character of a generalized disorder. An increase in the severity of these manifestations in combination with depression sharply increases the risk of suicide (the number of thoughts and attempts), as well as the risk of non-suicidal self-harm [13, 23]. In most cases, this is associated with a negative perception of the work environment [27, 32]. Men aged 25–44 years are at risk for mental disorders [33].

Among the psychogenic risk factors for mental health, the most important are: poor working conditions, work overload, limited autonomy at work, conflicts with co-workers, the need to simultaneously solve many problems, job dissatisfaction, lack of social support, financial and legal problems, relationship breakdown, unresolved child custody issues [22, 25, 32].

Alcohol and psychoactive substances

An important predisposing factor for suicide is alcohol and/or other psychoactive substances (PAS), the use of which can lead to increased aggression, impulsivity, decreased control, deterioration of mental health and the risk of self-harm [15, 34]. Severe intoxication, systematic abuse, and alcoholism can determine negative affect, a feeling of hopelessness and sharply increase the risk of suicide [27, 35].

Besides alcohol, the main drugs used by construction workers are marijuana and some new synthetic stimulant drugs. Alcohol and other drugs are often used in combination. The use of "hard" drugs (heroin, etc.) is rare in this social group and may be due to the fact that the use of potent substances will deprive a person of the ability to work. Another limiting factor is their higher cost. The motives for alcohol abuse and drug use among construction workers are directly or indirectly related to work on construction sites and the workers' lifestyle. The immediate causes of use are the chosen coping strategy, difficulties and stress. Other reasons not related to construction work include traditional motives: customs, lifestyle, and environmental pressure [36].

A retrospective analysis of male suicides at construction sites (Utah, USA) found that 58% had substance abuse or mental health problems in the three years prior to the tragedy, and a quarter (25%) tested positive for drugs at autopsy [16]. Postmortem detection of the combined presence of alcohol and other psychoactive substances in the blood is not uncommon [37].

Calculations show that alcohol abuse or alcohol dependence increases the likelihood of suicidal thoughts by more than two times (OR=2.64, 95% CI: 1.74-3.99), and illicit opioid use by 1.87 times (95% CI: 1.22-2.89) [23], which indicates the importance of preventive measures in this area.

Other unfavorable factors associated with alcohol consumption and high suicide risk include problems in intimate relationships (48%), one in four (26%) having criminal connections/experience, short-term work experience (i.e., the inability to obtain permanent employment), as well as unemployment in the previous period [16, 25], financial problems and debts [28, 38].

Diagnostics/Differential diagnostics

A key factor in preventing suicidal behavior is the diagnosis of suicidal behavior. However, timely identification of individuals at risk during the pre-suicidal period is extremely rare. This is partly due to the failure of potential suicides themselves to seek help, despite their experiences and thoughts of voluntary withdrawal (which is also typical for the general population). Actively seeking help is often hindered by traditional male norms ("men don't cry") [17], a reluctance to appear weak in the eyes of others, as well as low levels of mental health literacy and men's inability to recognize depression and subjectively assess the need for psychological support [39]. Given the specificity of the professional environment, an additional negative factor may be its traditional distance from mental health specialists. The involvement of medical professionals usually occurs only during medical examinations or when providing assistance to victims, usually related to an occupational injury.

Insufficient attention to the mental state of a worker or member of a work collective, the unwillingness (or reluctance?) to discuss his or her personal problems and/or to provide minimal psychological support, often leads to the failure to detect suicidal behavior and the underestimation of the risk of suicide, even in the presence of obvious external signs (thoughts, statements, threats, plans, preparations, etc., voiced in passing or openly). Targeted surveys of witnesses to industrial tragedies indicate that for many, suicides that occurred among colleagues were initially perceived as a "bolt from the blue" [27], but upon subsequent retrospective assessment, they were often able to recall words and situations that could be attributed to suicidal behavior.

It's important to understand that suicidal activity is rarely completely hidden or unnoticed by others. Often, a person experiencing a suicidal crisis will attempt to discuss the topic with others, although not always openly and directly, and will inquire about the details of past suicides or attempted suicides. Surveys of young construction apprentices in blue-collar jobs who reported suicidal thoughts in the previous year indicate that approximately half to two-thirds of them knew someone who either attempted suicide or died by suicide [40]. Therefore, individuals who come into contact with a suicidal person should be considered a high-risk group.

When discussing the diagnosis and early detection of suicidal behavior, it's pertinent to ask who should be responsible for this, given that mental health professionals rarely visit construction sites. However, the high urgency of the problem points to the need to find solutions. Proposed options include theoretical training and adapted workplace interventions aimed at increasing the awareness of construction workers and their immediate supervisors regarding psychological resilience and preventing non-clinical and clinical symptoms of depression, anxiety, and emotional burnout [17, 41]. This approach, in addition to improving the psychological climate and reducing stigma, could foster collective suicidal awareness, increase self-diagnosis, and increase the number of people seeking help.

Another aspect of diagnostics is the identification of suicidal actions and motives among cases of injuries and/or deaths in the workplace. In Russia, in 2023, 1,650 thousand people were injured in the construction industry, including 190 thousand fatal injuries [42]. Almost every third or fourth case is associated with a fall from a height, which is generally also reflected in the statistics of other countries [43, 44, 45]. Formally, more than half of the injuries are due to violations of safety regulations, lack of safety equipment and/or destruction of anchor lines [46]. However, it can be assumed with a high degree of certainty that some falls and other fatal injuries may be intentional, concealing suicide. It is assumed that up to 2.3% of fatal injuries sustained at work are suicides [47]. In the structure of falls, this proportion may be even higher. Therefore, the role of subsequent official investigation and postmortem examination in the differential diagnosis and recognition of cases of voluntary death is extremely important. Among the problems that experts may encounter is the desire of company management to conceal the fact of

suicide and reclassify it as an industrial accident, which leads to an underreporting of suicide mortality rates in this industry, hushing up the problem and limiting the possibilities for implementing preventive measures. Another situation is the investigation of a tragedy for possible murder and/or its simulation to appear as an employee's suicide. Given the contingent of employees, the high frequency of conflict situations, alcohol and substance abuse, the presence of criminal ties and/or a past (26%) [15, 16], such a scenario is entirely possible and should not be excluded from the possible developments, especially since, according to some studies, the proportion of homicides among fatal injuries received in the workplace/enterprise can reach 10.6% [47].

Methods of suicide

The suicide methods chosen by construction workers vary widely. Typically, those typical of the general population predominate. In Russia, mechanical asphyxia due to self-hanging is most common. In the United States, there is a higher proportion of suicides by gunshot in the general population (over 50%) [3, 24], a significant proportion of construction workers also die from gunshot wounds [48]. Moreover, in states with more liberal permitting policies, the proportion of construction workers dying from self-inflicted gunshots reaches 54% (Utah) [16]. In states with more complex gun access systems, self-hanging ranks first among suicide methods, as in many countries around the world [6].

However, taking into account the conditions of work, which provide wider, or, on the contrary, temporarily limit access to other damaging factors, the proportion of atypical methods may change [3], and in certain construction specialties or locations, unusual methods of suicide may constitute a significant proportion.

In addition to intentional falls (jumps) from heights, the following are described among those:

– using a construction/assembly gun with a powder or electric drive [49]. Among the suicide attempters, there are exclusively men. During a suicide attempt, shots are most often fired at the face, eye sockets, neck, head, and less often at the chest and abdomen [50, 51, 52]. Multiple penetrating wounds, including to the head, predominate, with severe consequences and a high mortality rate [53, 54, 55]. Typical assembly nails are usually used as damaging elements. The number of shots can be single, but more often multiple, from 3-6 to 12 [50, 54, 56], with nails up to 12 cm long [57]. Ordinary construction nails or other congruent metal objects can also be used as a charge. In these cases, shots are usually single, predominantly to the head [38].

It is important to note that many modern mounting guns have some form of safety system to protect against accidental self-harm. Therefore, unintentional injuries typically result from improper tool use or ricocheting nails [58]. Overriding (deactivating) this safety system requires a certain amount of technical knowledge and skill, which usually indicates a planned and intentional act by the victim. For example, a case has been described in which a construction worker overcame the built-in safety mechanism of a nailer by placing a book between his forehead and the barrel [37].

In many of those who choose this method of suicide, signs of depression are revealed upon retrospective assessment, and traces of alcohol and/or other psychoactive substances are found in the blood [38, 52, 58, 59];

– ingestion of construction mixtures – cement, tile adhesive, gypsum/alabaster, etc. A distinctive feature of this type of self-harm is that the primary mechanism is not a toxic effect on the body, as with conventional poisoning, although this is also present to a certain extent. The key damaging factor, posing a threat to life, is the development of a delayed mechanical obstruction of the gastrointestinal tract (GIT), possible perforation of hollow organs, and the risk of bleeding. If the mixture is exposed for a sufficient period of time to harden, traditional first aid measures such as upper gastrointestinal lavage and detoxification are ineffective. Saving the lives of these victims requires a more extensive arsenal, including endoscopic monitoring and assistance, often including abdominal surgery followed by lengthy rehabilitation.

A illustrative case: a 30-year-old construction worker, seven hours before presenting to the hospital, swallowed two cups of cement diluted with water and cut his left wrist with a sharp piece of ceramic. Upon examination, he was conscious, oriented, and in stable condition. Physical examination was unremarkable, except for a feeling of heaviness and tenderness in the epigastrium. Upper gastrointestinal endoscopy revealed a large volume of hard cement in the stomach and multiple erosions in the anterior stomach. An exploratory laparotomy and gastrotomy were performed in the hospital. During surgery, a hardened foreign body was discovered located in the stomach and extending from the fundus to the pylorus. Multiple small foreign bodies of similar structure were found in the rectum. All were completely removed. During his hospital stay, the patient received psychiatric care, and his subsequent observation after discharge did not reveal any deterioration in his condition [60].

When using substances with a high hardening/polymerization rate (gypsum, alabaster, polyurethane foam), the conglomerates formed in a short period of time, as a rule, do not overcome the pyloric section, forming a bezoar of the stomach, which leads to obstruction of the outlet and obstruction [61, 62]. In the case of taking gypsum in multiple doses that manage to overcome the pyloric section, the result may be the formation of conglomerates over a significant length of the intestine [63]. In all cases, both the bezoar and the intestinal conglomerates will be clearly visible on an X-ray image. In most cases, these patients require endoscopic and/or surgical treatment. If the victim sought treatment earlier, gastric lavage can lead to a decrease in the concentration of the ingested substance in the gastric mixture, fragmentation of its hardening forms and subsequent elimination through natural means [64].

Possible options may include the ingestion of other hardening substances/liquids that also have chemical toxicity, such as rapid-hardening cement based on 75% sodium silicate ("liquid glass") [65] or liquids used for pouring floors, various solvents, etc. Ingestion of these agents may lead to chemical poisoning, damage to vital organs, and death. The possible list of such toxicants is quite large. In rare cases, the choice of a suicidal person

is not limited to a single damaging method and may include the combined use of two or more damaging methods and means. For example, a case of mechanical asphyxia has been described when a man hanged himself with a belt after having previously ingested a significant amount of plaster [66];

– the use of electricity for suicidal reasons. Professional electricians are at risk. Research has shown that at least 35% of those who have used electricity as a means of suicide were currently or previously employed as electricians [67]. These skills sometimes help these professionals construct special equipment for suicide [68] or simulate suicide to resemble industrial accidents. In any case, registered cases of electric injuries should also be assessed from the perspective of the possible suicidal activity of the victim;

– other methods. Their list is extensive, and is determined by the means of production used in the construction industry. Various types of saws, welding machines, drills, cranes, manipulators, winches, jackhammers, and other equipment can be used to inflict self-harm for suicidal reasons. Exotic methods have also been described, for example, a construction worker jumping into a full, running concrete mixer truck [69].

Prevention of suicidal activity and mortality among specialists in the construction industry is a pressing issue, but there are currently no comprehensive programs with proven effectiveness. The few studies that exist make it possible to identify key areas of this work and develop preventive measures that take into account individual, social and systemic factors associated with work, as well as with providing assistance to individuals at risk of suicide on a systemic basis [25, 70].

The most important areas of work include [13, 19, 29, 41, 71, 72, 73]:

- creating a healthier working environment in the construction sector;
- creation of well-organized and managed workplaces;
- improvement of production culture;
- reduction/elimination of stigmatization and bullying in the workplace;
- expanding workers' rights and opportunities to seek assistance;
- raising awareness among workers about mental health and suicide, including through the organization of educational events;
- encouraging people to seek help (workers) and offer it (mental health professionals);
- creating conditions for the possibility of receiving assistance/consultation to improve mental health in the workplace;
- creating conditions for maintaining interaction between workers and family, with loved ones (communication, mobile communications, Internet, additional leave, etc.);

Литература / References:

1. Suicide Prevention: A Global Imperative, WHO, 2014.
2. Букин С.И. Самоубийство и суицидальная активность: решения в системе управления кейсами. *Медицинская и психосоциальная реабилитация*. 2025; 1: 35-39. [Bukin SI. Suicide and suicidal activity: solutions in the case management system. *Medical and psychosocial rehabilitation*. 2025; 1: 35-39.] (In Russ)

– creation of conditions for early detection and treatment of mental disorders with the aim of timely intervention;

- support of workers by trade unions and employers;
- control and elimination of alcohol and psychoactive substance consumption in the workplace;
- maintaining the required level of safety;
- restricting uncontrolled access to means that can be used for suicidal motives and self-harm.

Conclusion

Suicides among construction workers are a significant medical and social problem. The lack of a recording system makes it impossible to estimate the actual number of suicides. The difficulty of recognizing suicides and their consequences remains a problem. Differential diagnosis with accidents and injuries at work. Studies conducted in various countries indicate higher rates of suicide mortality among construction workers, primarily blue-collar workers, than in the general population (by two or more times), along with a significant prevalence of suicidal ideation and self-harm. The overwhelming majority of suicide deaths occur among male construction workers. These are predominantly young individuals who have recently entered the workforce, lack any construction skills, and perform low-skilled labor. In most cases, the work of potential suicide victims involves physically demanding and low-paid labor, often in conditions of stigma, bullying, and harassment from others, and long-standing problems in their personal or family lives, or in the process of divorce. At the time of their suicidal actions, many suffer from clinically defined depressive disorders, anxiety, and stress, as well as a history of alcohol or drug abuse. Somatic illnesses and workplace injuries contribute to the deterioration of mental health. Measures to prevent suicidal behavior among workers in this sector are practically undeveloped. Timely identification of mental disorders and suicidal ideation is limited due to the low rate of active consultation with mental health professionals by construction workers, which is often associated with a traditionally "male" attitude toward psychological problems. Therefore, among suicide prevention measures for construction workers, educational efforts on mental health, stress management, and the importance of promptly seeking help are essential. Lower and mid-level managers are responsible for creating a comfortable psychological environment, preventing and/or resolving conflict situations, and combating stigmatization and bullying. If necessary, assistance in improving working conditions and engaging in various forms of social and material support, including assistance from trade unions, are provided. If signs of mental disorders or somatic illness are detected, referral to a medical facility is recommended. This topic has remained largely unstudied in Russia and requires specialized research.

3. Hawkins D, Patel J. Suicide mortality according to occupation and method of suicide, Massachusetts, 2010-2019. *Am J Ind Med*. 2024 Jul; 67 (7): 624-635. DOI: 10.1002/ajim.23593. Epub 2024 May 9. PMID: 38722102

4. Reid M, Laing J, Tumpney M, Cunningham K, Chaneco A, Batis-ta M, Sparer-Fine E. Suicides in Massachusetts by industry and occupation, 2016-2019. *J Occup Environ Med.* 2023 May 1; 65 (5): 413-418. DOI: 10.1097/JOM.0000000000002798. Epub 2023 Jan 19. PMID: 36728002
5. Peterson C, Stone DM, Marsh SM, Schumacher PK, Tiesman HM, McIntosh WL, Lokey CN, Trudeau AT, Bartholow B, Luo F. Suicide rates by major occupational group – 17 states, 2012 and 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018 Nov 16; 67 (45): 1253-1260. DOI: 10.15585/mmwr.mm6745a1. PMID: 30439869
6. Stallones L, Doenges T, Dik BJ, Valley MA. Occupation and suicide: Colorado, 2004-2006. *Am J Ind Med.* 2013 Nov; 56 (11): 1290-1295. DOI: 10.1002/ajim.22228. PMID: 23873359
7. Peterson C, Sussell A, Li J, Schumacher PK, Yeoman K, Stone DM. Suicide rates by industry and occupation – National violent death reporting system, 32 states, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Jan 24; 69 (3): 57-62. DOI: 10.15585/mmwr.mm6903a1. PMID: 31971929
8. Sussell A, Peterson C, Li J, Miniño A, Scott KA, Stone DM. Suicide rates by industry and occupation – National vital statistics system, United States, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2023 Dec 15; 72 (50): 1346-1350. DOI: 10.15585/mmwr.mm7250a2. PMID: 38096122
9. Arif AA, Adeyemi O, Laditka SB, Laditka JN. Suicide rates and risks across U.S. industries: a 29-year population-based survey. *Arch Suicide Res.* 2024 Oct-Dec; 28 (4): 1310-1335. DOI: 10.1080/13811118.2023.2300324. Epub 2024 Jan 9. PMID: 38193926
10. Harris W, Trueblood AB, Yohannes T, Rodman CP, Rinehart R. Suicides among construction workers in the United States, 2021. *Am J Ind Med.* 2025 Mar; 68 Suppl 1: S144-S151. DOI: 10.1002/ajim.23632. Epub 2024 Jul 11. PMID: 38989775
11. Mehlig K, Torén K, LaMontagne AD, Wahlström V, Nyberg J, Waern M, Åberg M. Occupation-specific risk estimates for suicide and non-fatal self-harm from a Swedish cohort of male construction workers followed 1987-2018. *Occup Environ Med.* 2024 Mar 8; 81 (3): 142-149. DOI: 10.1136/oemed-2023-109246. PMID: 38418223
12. Maheen H, Taouk Y, LaMontagne AD, Spittal M, King T. Suicide trends among Australian construction workers during years 2001-2019. *Sci Rep.* 2022 Nov 23; 12 (1): 20201. DOI: 10.1038/s41598-022-24575-x. PMID: 36424429
13. O'Donnell S, Egan T, Clarke N, Richardson N. Prevalence and associated risk factors for suicidal ideation, non-suicidal self-injury and suicide attempt among male construction workers in Ireland. *BMC Public Health.* 2024 May 8; 24 (1): 1263. DOI: 10.1186/s12889-024-18483-0. PMID: 38720265
14. Lavender A, Ramirez-Irizarry V, Bayakly AR, Koplán C, Bryan JM. Violent deaths among Georgia workers: an examination of suicides and homicides by occupation, 2006-2009. *Am J Prev Med.* 2016 Nov; 51 (5 Suppl 3): S241-S250. DOI: 10.1016/j.amepre.2016.07.025. PMID: 27745613
15. Ross DV, Mathieu DS, Wardhani MR, Gullestrup MJ, Kølves DK. Suicidal ideation and related factors in construction industry apprentices. *J Affect Disord.* 2022 Jan 15; 297: 294-300. DOI: 10.1016/j.jad.2021.10.073. Epub 2021 Oct 25. PMID: 34710501
16. Henn M, Barber C, Zhang W, Staley M, Azrael D, Miller M. Identifying occupation groups for suicide prevention: a statewide data linkage study. *Arch Suicide Res.* 2023 Apr-Jun; 27 (2): 494-504. DOI: 10.1080/13811118.2021.2020699. Epub 2022 Jan 6. PMID: 34989315
17. Sweeney J, Richardson N, Carroll P, White PJ, Roche E, O'Donnell S. The Development of the CAIRDE General Awareness Training. *Int J Environ Res Public Health.* 2025 Aug 20; 22 (8): 1306. DOI: 10.3390/ijerph22081306. PMID: 40869891
18. Al-Maskari F, Shah SM, Al-Sharhan R, Al-Haj E, Al-Kaabi K, Khonji D, Schneider JD, Nagelkerke NJ, Bensen RM. Prevalence of depression and suicidal behaviors among male migrant workers in United Arab Emirates. *J Immigr Minor Health.* 2011 Dec; 13 (6): 1027-1032. DOI: 10.1007/s10903-011-9470-9. PMID: 21503739
19. King KE, Liddle SK, Nicholas A. A qualitative analysis of self-reported suicide gatekeeper competencies and behaviour within the Australian construction industry. *Health Promot J Austr.* 2024 Jul; 35 (3): 760-769. DOI: 10.1002/hpja.815. Epub 2023 Oct 4. PMID: 37793646
20. Gariazzo C, Massari S, Taiano L, Bonafede M, Pompili M, Marinaccio A. Occupational and social determinants of mortality from suicide: an Italian register-based case-control study. *Occup Environ Med.* 2025 Aug 25; 82 (6): 285-292. DOI: 10.1136/oemed-2025-110148. PMID: 40769584
21. Järholm B, Stenberg A. Suicide mortality among electricians in the Swedish construction industry. *Occup Environ Med.* 2002 Mar; 59 (3): 199-200. DOI: 10.1136/oem.59.3.199. PMID: 11886952
22. Pamidimukkala A, Kermanshachi S, Almaskati DN. Mental health in construction industry: a global review. *Int J Environ Res Public Health.* 2025 May 20; 22 (5): 802. DOI: 10.3390/ijerph22050802. PMID: 40427915
23. Dong XS, Brooks RD, Brown S, Harris W. Psychological distress and suicidal ideation among male construction workers in the United States. *Am J Ind Med.* 2022 May; 65 (5): 396-408. DOI: 10.1002/ajim.23340. Epub 2022 Feb 27. PMID: 35220600
24. Milner A, Witt K, Burnside L, Wilson C, LaMontagne AD. Contact & connect--an intervention to reduce depression stigma and symptoms in construction workers: protocol for a randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 2015 Oct 16; 15: 1062. DOI: 10.1186/s12889-015-2394-x. PMID: 26475500
25. Milner A, Maheen H, Currier D, LaMontagne AD. Male suicide among construction workers in Australia: a qualitative analysis of the major stressors precipitating death. *BMC Public Health.* 2017 Jun 19; 17 (1): 584. DOI: 10.1186/s12889-017-4500-8. PMID: 28629352
26. Roelofs C, Rodman C, Trueblood A, Cain CT. A method to assess bullying and harassment as an upstream determinant of construction worker mental health. *Am J Ind Med.* 2025 Mar; 68 Suppl 1: S152-S157. DOI: 10.1002/ajim.23644. Epub 2024 Aug 8. PMID: 39117564
27. Aurelius K, Söderberg M, Wahlström V, Waern M, LaMontagne AD, Åberg M. Perceptions of mental health, suicide and working conditions in the construction industry – A qualitative study. *PLoS One.* 2024 Jul 24; 19 (7): e0307433. DOI: 10.1371/journal.pone.0307433. eCollection 2024. PMID: 39047049
28. Tyler S, Gunn K, Clifford B, Procter N. "And you feel like you're suffocating how the fuck am I going to get out of all this?" Drivers and experiences of suicidal ideation in the Australian construction industry. *Front Psychiatry.* 2023 May 12; 14: 1144314. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1144314. eCollection 2023. PMID: 37252151
29. Heller TS, Hawgood JL, Leo DD. Correlates of suicide in building industry workers. *Arch Suicide Res.* 2007; 11 (1): 105-117. DOI: 10.1080/13811110600992977. PMID: 17178646
30. Bando DH, Moreira RS, Pereira JC, Barrozo LV. Spatial clusters of suicide in the municipality of Sao Paulo 1996-2005: an ecological study. *BMC Psychiatry.* 2012 Aug 23; 12: 124. DOI: 10.1186/1471-244X-12-124. PMID: 22913796
31. Roy N, Paul KD, Tamanna SS, Paul AK, Almerab MM, Mamun MA. Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress among the Bangladeshi construction workers: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2024 Aug 19; 19 (8): e0307895. DOI: 10.1371/journal.pone.0307895. eCollection 2024. PMID: 39159238
32. Howard M, Krannitz M. A reanalysis of occupation and suicide: negative perceptions of the workplace linked to suicide attempts. *J Psychol.* 2017 Nov 17; 151 (8): 767-788. DOI: 10.1080/00223980.2017.1393378. PMID: 29166224
33. Chapman J, Roche AM, Duraisingam V, Phillips B, Finnane J, Pidd K. Exploring the relationship between psychological distress and likelihood of help seeking in construction workers: The role of talking to workmates and knowing how to get help. *Work.* 2020; 67 (1): 47-54. DOI: 10.3233/WOR-203251. PMID: 32955473
34. Рошина О.В., Бохан Н.А., Счастный Е.Д., Диденко Е.В. Паттерны агрессивности у пациентов с аффективными расстройствами, коморбидными с алкогольной зависимостью. *Академический журнал Западной Сибири.* 2021; 17 (1): 17-21. [Roshchina OV, Bokhan NA, Schastnyy ED, Didenko EV. Aggressive patterns in patients with mood disorders in comorbidity with alcohol use disorder. *Academic Journal of West Siberia.* 2021; 17 (1): 17-21.] (In Russ)
35. Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004 May; 28 (5 Suppl): 6S-17S. DOI: 10.1097/01.alc.0000127410.84505.2a. PMID: 15166632
36. Позднякова М.Е., Брюно В.В. Распространённость употребления наркотических средств среди работающего населения как форма дезадаптивного процесса. *Социологическая наука и социальная практика.* 2019; 3: 120-135. [Pozdnyakova ME, Bruno

- VV. Prevalence of drug use among the working population as a form of disadaptation Process. Part I. *Sociological science and social practice*. 2019 3: 120-135.] (In Russ)
37. Fernando DMG, Ekanayake EMKB. Nail gun suicide: an atypical case report and review of the literature. *Am J Forensic Med Pathol*. 2021 Sep 1; 42 (3): 267-274. DOI: 10.1097/PAF.0000000000000650. PMID: 33394684
 38. Kislov MA, Chauhan M, Prikhodko AN, Bespamyatnov RV, Natarova KV. Suicide by a construction nail fired from a pistol. *J Forensic Leg Med*. 2024 Apr; 103:102682. DOI: 10.1016/j.jflm.2024.102682. Epub 2024 Apr 10. PMID: 38657335
 39. House J, Marasli P, Lister M, Brown JSL. Male views on help-seeking for depression: A Q methodology study. *Psychol Psychother*. 2018 Mar; 91 (1): 117-140. DOI: 10.1111/papt.12144. Epub 2017 Oct 31. PMID: 29087607
 40. Ross V, Mathieu SL, Wardhani R, Gullestrup J, Kølves K. Factors associated with workplace bullying and the mental health of construction industry apprentices: a mixed methods study. *Front Psychiatry*. 2021 May 14; 12: 629262. DOI: 10.3389/fpsy.2021.629262. eCollection 2021. PMID: 34054597
 41. Arensman E, Leduc M, O'Brien C, Corcoran P, Griffin E, Leduc C, Coppens E, Tsantila F, Ross V, Abdulla K, Hauck P, Amann BL, Aust B, Pashoja AC, Cresswell-Smith J, D'Alessandro L, Fanaj N, Greiner BA, Luyten J, Mathieu S, Maxwell M, Qirjako G, Reich H, Sanches S, Tóth MD, Kilroy J, Michell K, Reavley N, McDaid D, Van Audenhove C; MENTUPP consortium. Implementation and evaluation of a multi-level mental health promotion intervention for the workplace (MENTUPP): study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*. 2023 Sep 30; 24 (1): 621. DOI: 10.1186/s13063-023-07537-0. PMID: 37777787
 42. Российский статистический ежегодник. 2024: Стат.сб. / Росстат. P76 М., 2024 630 с. [Russian Statistical Yearbook 2024: Stat. book / Rosstat. R76. М., 2024. 630 p.] (In Russ)
 43. Olcay ZF, Sakalli AE, Temur S, Yazici A. *Int J Occup Saf Ergon*. 2022 Sep; 28 (3): 1522-1532. DOI: 10.1080/10803548.2021.1900503. Epub 2021 Apr 5. PMID: 33687311
 44. Anantharaman V, Zuhary TM, Ying H, Krishnamurthy N. Characteristics of injuries resulting from falls from height in the construction industry. *Singapore Med J*. 2023 Apr; 64 (4): 237-243. DOI: 10.11622/smedj.2022017. PMID: 35139629
 45. Akber EB, Nowshin I, Jahan I. Silhouette of deaths in connection with fatal fall from height injuries. *Mymensingh Med J*. 2024 Apr; 33 (2): 420-425. PMID: 38557520
 46. Ларина О.П., Халабуда Е.И. Систематизация и анализ причин несчастных случаев при работе на высоте. *Молодёжный вестник ИрГТУ*. 2019; 9 (4): 65-70. [Larina O.P., Halabuda E.I. Systematization and analysis of the causes of accidents while working at altitude. *Molodyozhnyy vestnik IrGTU*. 2019; 9 (4): 65-70.] (In Russ)
 47. Fullerton L, Olson L, Crandall C, Sklar D, Zumwalt R. Occupational injury mortality in New Mexico. *Ann Emerg Med*. 1995 Oct; 26 (4): 447-454. DOI: 10.1016/s0196-0644(95)70113-3. PMID: 7574127
 48. Soupene VA, Davis J, Platt JM, Romitti PA, Cavanaugh JE, Casteel C. Suicide rates by lethal means and occupational group among US workers, 2013-2019. *J Occup Environ Med*. 2025 Oct 1; 67 (10): 834-842. DOI: 10.1097/JOM.0000000000003450. Epub 2025 May 19.
 49. Weedn VW, Mittleman RE. Stud guns revisited: report of a suicide and literature review. *J Forensic Sci*. 1984 Apr; 29 (2): 670-678. PMID: 6726171
 50. Sakuta Y, Arai S. [Penetrating brain injury and traumatic aneurysm caused by a nail gun]. *No Shinkei Geka*. 1997 Apr; 25 (4): 357-362. PMID: 9125720.
 51. Tuladhar S, Eltayeb A, Lakshmanan S, Yiu P. Delayed presentation of right and left ventricle perforation due to suicidal nail gun injury. *Ann Card Anaesth*. 2009 Jul-Dec; 12 (2): 136-139. DOI: 10.4103/0971-9784.53448. PMID: 19602739
 52. Rofail M, Lee LR, Lee GA, Todd B. Suicide-related perforating injury of globe with nail gun. *Clin Exp Ophthalmol*. 2005 Jun; 33 (3): 294-295. DOI: 10.1111/j.1442-9071.2005.00979.x. PMID: 15932535
 53. Лаврукова О.С., Манин А.В., Попов В.Л. Самоубийство путем выстрела в шею из строительного-монтажного пистолета TOUA-307. *Судебно-медицинская экспертиза*. 2021; 4: 46-48. [Lavrukova OS, Manin AV, Popov VL. [Neck shot suicide from TOUA-307 construction and installation gun]. *Forensic medical examination*. 2022; 65 (1): 46-48.] (In Russ) DOI: 10.17116/sudmed20226501146. PMID: 35142471
 54. Fang X, Yu C, He F. The self-inflicted multiple organs injury with nail gun. *Heart Surg Forum*. 2021 Dec 17; 24 (6): E1049-E1051. DOI: 10.1532/hsf.4201. PMID: 34962470
 55. Aghabiklooei A, Molahoseini R, Khajoo A, Shiva H. Multiple nails in the brain: an unusual suicidal attempt. *Am J Forensic Med Pathol*. 2012 Mar; 33 (1): 88-89. DOI: 10.1097/PAF.0b013e3181faac5e. PMID: 21791981
 56. Lee CS, Park KH. Six nails in the head: multiple pneumatic nail gun head injury. *Br J Neurosurg*. 2010 Aug; 24 (4): 493-494. DOI: 10.3109/02688697.2010.504051. PMID: 20726759
 57. Bock H, Neu M, Betz P, Seidl S. Unusual craniocerebral injury caused by a pneumatic nail gun. *Int J Legal Med*. 2002 Oct; 116 (5): 279-281. DOI: 10.1007/s00414-001-0281-8. Epub 2002 Mar 13. PMID: 12376837
 58. Shakir A, Koehler SA, Wecht CH. A review of nail gun suicides and an atypical case report. *J Forensic Sci*. 2003 Mar; 48 (2): 409-413. PMID: 12665002
 59. Mielniczek P, Zieliński G, Koziański A. [Treatment methods of atypical gunshot wounds to the head – case reports]. *Pol Merkur Lekarski*. 2016 May; 40 (239): 318-324. PMID: 27234864
 60. Aly H, Bafarat AY, Alzamil AM, Bagabas IS, Labban SA. Suicide attempt by cement ingestion: a case report. *Cureus*. 2022 Nov 18; 14 (11): e31650. DOI: 10.7759/cureus.31650. eCollection 2022 Nov. PMID: 36540484
 61. Борщигов М.М., Барзаева М.А. Гигантский безоар желудка. *Успехи современного естествознания*. 2004; 4: 103. [Borshchigov M.M., Barzayeva M.A. The giant bezoar of the stomach. *The successes of modern natural science*. 2004; 4: 103.] (In Russ)
 62. Yegane RA, Bashashati M, Bashtar R, Ahmadi M. Gastrointestinal obstruction due to plaster ingestion: a case-report. *BMC Surg*. 2006 Feb 16; 6: 4. DOI: 10.1186/1471-2482-6-4. PMID: 16483375
 63. Gupta MK, Kant K, Vishnoi A, Kumar A. "Jodhpur bezoar": giant polyurethane bezoar. *Indian J Surg*. 2015 Apr; 77 (Suppl 1): 120-122. DOI: 10.1007/s12262-014-1192-5. Epub 2014 Nov 7. PMID: 25972668
 64. Sanei Taheri M, Kharrazi SM, Haghightatkah HR, Moharamzad Y. Unusual acute formed gastric bezoars due to plaster ingestion successfully treated by gastric irrigation: report of two cases. *Emerg Radiol*. 2008 Sep; 15 (5): 357-359. DOI: 10.1007/s10140-007-0684-z. Epub 2007 Nov 29. PMID: 18046589
 65. Fujino Y, Inoue Y, Onodera M, Isono H, Endo S, Yanbe T, Fujita Y. [Case of concrete hardener poisoning complicated with acute renal failure treated by hemodialysis]. *Chudoku Kenkyu*. 2007 Jul; 20 (3): 263-268. PMID: 17784560
 66. Germerott T, Jaenisch S, Hatch G, Albrecht UV, Guenther D. Linted complex suicide: Self-strangulation and plaster ingestion. *Forensic Sci Int*. 2010 Oct 10; 202 (1-3): e35-7. DOI: 10.1016/j.forsciint.2010.04.053. PMID: 20554136
 67. Chan P, Dufrou J. Suicidal electrocution in Sydney: a 10-year case review. *J Forensic Sci*. 2008 Mar; 53 (2): 455-459. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2008.00667.x. PMID: 18366579
 68. Anders S, Matschke J, Tsokos M. Internal current mark in a case of suicide by electrocution. *Am J Forensic Med Pathol*. 2001 Dec; 22 (4): 370-373. DOI: 10.1097/00000433-200112000-00007. PMID: 11764904
 69. Catalano F, Mariano F, Maina G, Bianco C, Nuzzo J, Stella M. An unusual case of extensive self-inflicted cement burn. *Ann Burns Fire Disasters*. 2013 Mar 31; 26 (1): 40-43. PMID: 23966898
 70. King KE, Liddle SK, Nicholas A. A Qualitative analysis of stakeholders and workers' views of the impact of a suicide prevention program for the Australian Construction Industry. *Health Promot J Austr*. 2025 Oct; 36 (4): e70108. DOI: 10.1002/hpja.70108. PMID: 40987716
 71. King TL, Gullestrup J, Batterham PJ, Kelly B, Lockwood C, Lingard H, Harvey SB, LaMontagne AD, Milner A. Shifting beliefs about suicide: pre-post evaluation of the effectiveness of a program for workers in the construction industry. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Sep 25; 15 (10): 2106. DOI: 10.3390/ijerph15102106. PMID: 30257471
 72. Gullestrup J, Thomas S, King T, LaMontagne AD. The influence of relationships on engagement in an Australian construction in-

dustury suicide prevention programme. *Am J Ind Med.* 2025 Oct 31. DOI: 10.1002/ajim.70034. Online ahead of print. PMID: 41174865

73. Greacen P, Ross V. Exploring the impact of social identity on the bullying of construction industry apprentices. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Oct 26; 20 (21): 6980. DOI: 10.3390/ijerph20216980. PMID: 37947538

Вклад авторов:

П.Б. Зотов: разработка концепции и дизайна исследования, сбор материала, написание и редактирование текста рукописи;

Е.Б. Любов: разработка концепции и дизайна исследования, сбор материала, написание и редактирование текста рукописи;

М.С. Матейкович: сбор материала, редактирование текста рукописи;

А.М. Сульдин: сбор материала, написание и редактирование резюме;

В.В. Созонюк: сбор материала, редактирование резюме;

А.В. Белозерова: перевод текста статьи;

Е.А. Алексеева: перевод текста статьи.

Authors' contributions:

P.B. Zotov: development of the concept and design of the study, collection of material, writing and editing of the manuscript text;

E.B. Lyubov: development of the concept and design of the study, collection of material, writing and editing of the manuscript text;

M.S. Mateykovich: collecting material, editing the text of the manuscript;

A.M. Suldin: collecting material, writing and editing a resume;

V.V. Sozonyuk: collecting material, editing a resume;

A.V. Belozerova: translation of the article text;

E.A. Alekseeva: translation of the article text.

Information about the authors:

Zotov Pavel B. – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work and position: Director of the Institute of Clinical Medicine, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia. Phone: +7 (3452) 69-07-53, email: note72@yandex.ru

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

Mateykovich Maxim S. – LD, PhD, Professor (SPIN-код: 3945-2253, ORCID iD: 0000-0003-3113-3191). Place of work and position: Deputy Chairman, the Second Cassation Court of General Jurisdiction. Address: 29 Vereiskaya st., building 34, Moscow, 121357, Russia; Head of the Basic Department of Justice, Professor of the Department of Theoretical and Public Law Disciplines, Tyumen State University. Address: 10 Semakova st., Tyumen, 625003, Russia. Email: mat-maxim@yandex.ru

Suldin Aleksandr M. – MD, PhD (ORCID iD: 0000-0001-9325-5173). Place of work and position: Professor of the Department of Healthcare Organization, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia. Email: souldine@mail.ru

Sozonyuk Vita V. (Research ID: PBW-2851-2025; ORCID iD: 0009-0003-7227-4406). Place of work and position: Senior lecturer at the Department of Mobilization Training of Healthcare and Disaster Medicine, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia.

Belozerova Alina V. – student (ORCID iD: 0009-0009-4615-1756). Place of study: 6th year student of Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia.

Alekseeva Ekaterina A. – student (ORCID iD: 0009-0009-0570-9602). Place of study: 6th year student of Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia.

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: 19.10.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 15.12.2025.

Для цитирования: Зотов П.Б., Любов Е.Б., Матейкович М.С., Сульдин А.М., Созонюк В.В., Белозерова А.В., Алексеева Е.А. Суицидальное поведение сотрудников строительной отрасли. *Суицидология.* 2025; 16 (4): 140-156. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-140-156

For citation: Zotov P.B., Lyubov E.B., Mateykovich M.S., Suldin A.M., Sozonyuk V.V., Belozerova A.V., Alekseeva E.A. Suicidal behavior among construction industry employees. *Suicidology.* 2025; 16 (4): 140-156. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-140-156

ФАКТОРЫ РИСКА И ФАКТОРЫ-ПРОТЕКТОРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

А.Б. Холмогорова^{1,2}, А.М. Ермакова³, Д.С. Трухина⁴

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва, Россия

²ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Россия

³ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва, Россия

⁴Научно-технологический университет «Сириус», Краснодарский край, Россия

RISK FACTORS AND PROTECTIVE FACTORS OF EMOTIONAL MALADAPTATION AND SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENCE

A.B. Kholmogorova^{1,2},

*A.M. Ermakova*³,

*D.S. Trukhina*⁴

¹Moscow State Psychological and Pedagogical University", Moscow, Russia

²Research N.V. Sklifosovsky Institute of Emergency Care, Moscow, Russia

³G.E. Sukhareva Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents, Moscow, Russia

⁴Sirius University of Science and Technology, Krasnodar Region, Russia

Сведения об авторах:

Холмогорова Алла Борисовна – доктор психологических наук, профессор (SPIN-код: 5774-2928; ORCID iD: 0000-0001-5194-0199). Место работы и должность: декан факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Адрес: Россия, г. Москва, ул. Сретенка, 29; ведущий научный сотрудник ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы». Адрес: Россия, г. Москва, Большая Сухаревская площадь, 3, стр. 1. Электронный адрес: kholmogorova-2007@yandex.ru

Ермакова Арина Максимовна – медицинский психолог (ORCID iD: 0009-0009-1857-0216). Место работы и должность: медицинский психолог ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ». Адрес: Россия, г. Москва, 119334, г. Москва, 5-й Донской проезд, 21А. Электронный адрес: arishaermakova@yandex.ru

Трухина Дарья Сергеевна – аспирант (ORCID iD: 0009-0005-7133-4766). Место работы и должность: младший научный сотрудник, Научно-технологический университет «Сириус». Адрес: Россия, Краснодарский край, пгт. Сириус, Олимпийский проспект, 1. Электронный адрес: animadds248@mail.ru

Подростковый возраст считается сложным периодом из-за значительных биопсихосоциальных изменений. Эмоциональная дезадаптация у подростков связана с риском самоповреждающего, суицидального поведения, дисфункциональных межличностных отношений. *Цель исследования.* Выявить связь эмоциональной дезадаптации с деструктивными личностными чертами и нарушениями в интерперсональных отношениях подростков и сформулировать рекомендации для оказания им эффективной психологической помощи. *Методы.* Для изучения выраженности симптомов эмоциональной дезадаптации использовался опросник детской депрессии (Ковак М., 1992, адаптация и валидизация в русскоязычной выборке: Воликова С.В. и соавт., 2011). Для изучения личностных и интерперсональных факторов риска и факторов-протекторов: шкала Одиночества (Russell D. и соавт., 1978), трёхфакторный опросник перфекционизма (Гаранян Н.Г. и соавт., 2018); методика определения общей и социальной самооффективности (Шеер М., Маддукс Дж., адаптация Бояринцевой А.В., 2003), опросник «Субъектная позиция» (Зарецкий Ю.В. и соавт., 2014). *Результаты.* Выборку составили ученики 7-11 классов средней общеобразовательной школы г. Москвы, из них 35 юношей и 56 девушек. В группе суицидального риска преобладают подростки, которые отличаются высокими показателями депрессивной симптоматики, субъективного переживания одиночества, социально предписанного перфекционизма и перфекционистского когнитивного стиля, а также негативной позиции в учебной деятельности. Напротив, в качестве факторов-протекторов эмоционального благополучия выступают показатели всех видов самооффективности и субъектной позиции в учебной деятельности. *Выводы.* Поддержку субъектной позиции в учебной деятельности учащихся и повышение их самооффективности, а также снижение деструктивных видов перфекционизма можно рассматривать как важнейшие мишени предотвращения эмоциональной дезадаптации и суицидального риска.

Ключевые слова: подростки, эмоциональная дезадаптация, личностные факторы, интерперсональные факторы, факторы-протекторы, субъектная позиция в учебной деятельности, самооффективность

Период подросткового возраста рассматривается психологами, как напряжённый и стрессогенный этап взросления, связанный с перестройкой когнитивной сферы [1], с гормональной перестройкой организма, приводящей к сложностям регуляции эмоций, к изменениям внешности, пропорций и форм тела, потере прежнего ощущения своего тела. Неудовлетворённость собственным телом в большинстве случаев приводит к тревожности, неуверенности, низкой самооценке, внутриличностным конфликтам и выступает медиатором тревожных, депрессивных расстройств, расстройств пищевого поведения, которые в свою очередь связаны с повышенным риском суицидального поведения [2, 3, 4].

Учебная деятельность и связанные с ней отношения с социумом занимают важное место в социальной ситуации развития подростков. Объектная – то есть исполнительская, пассивная, подчинённая позиция, а также негативная – отстранённая позиция в учебной деятельности затрудняют процесс обретения своих интересов, идентичности и становления собственных целей. Напротив, эти позиции, связаны с повышенной зависимостью от мнения окружающих, что приводит к страху неудачи, неуверенности в себе, к “выученной беспомощности”, симптомам тревоги и депрессии, а также повышает риск антивитальных и суицидальных переживаний [5, 6, 7].

Старшие подростки сталкиваются с академическим стрессом, вызванным экзаменами и давлением со стороны родителей и учителей [1, 8, 9]. Академический стресс выделяется как один из наиболее распространённых факторов риска суицида и суицидальных мыслей [10, 11, 12].

Адаптация к академическому стрессу осложняется наличием такой дисфункциональной личностной черты как перфекционизм [13]. Во многих зарубежных и отечественных исследованиях выявляются тесные связи перфекционизма с аффективными расстройствами, прежде всего депрессивного и тревожного спектра. В качестве негативных последствий перфекционизма исследователями выделяется прокрастинация и деструктивные копинг-стратегии, суицидальное и парасуицидальное самоповреждающее поведение, межличностные проблемы, снижение продуктивности деятельности в целом [14, 15].

Исследования последних десятилетий показали, что перфекционизм представляет собой сложный конструкт, включающий различные типы [16]. Особенно деструктивным считается социально предписываемый перфекционизм, то есть уверенность, что окружающие люди ждут высоких достижений, без которых неминуемо отвержение. Он коррелирует с высокой готовностью к самоубийству [17] и является фактором риска повторной суицидальной попытки [18]. Этот вид перфекционизма также связывается со значительным

The period of adolescence is considered by psychologists as a tense and stressful stage of growing up, associated with the restructuring of the cognitive sphere [1], with hormonal changes in the body, leading to difficulties in regulating emotions, to changes in appearance, proportions and body shape, and the loss of the previous sense of one's own body. Dissatisfaction with one's own body in most cases leads to anxiety, insecurity, low self-esteem, intrapersonal conflicts and acts as a mediator of anxiety, depressive disorders, eating disorders, which in turn are associated with an increased risk of suicidal behavior [2, 3, 4].

Educational activities and the associated relationships with society occupy an important place in the social situation of adolescent development. An object – that is, a performative, passive, subordinate position, as well as a negative – detached position in educational activities hinder the process of finding one's interests, identity, and the development of one's own goals. On the contrary, these positions are associated with increased dependence on the opinions of others, which leads to fear of failure, self-doubt, "learned helplessness," symptoms of anxiety and depression, and also increases the risk of anti-vital and suicidal experiences [5, 6, 7].

Older adolescents face academic stress caused by exams and pressure from parents and teachers [1, 8, 9]. Academic stress is identified as one of the most common risk factors for suicide and suicidal thoughts [10, 11, 12].

Adaptation to academic stress is complicated by the presence of such a dysfunctional personality trait as perfectionism [13]. Many foreign and domestic studies have revealed close links between perfectionism and affective disorders, primarily those of the depressive and anxiety spectrum. Researchers have identified procrastination and destructive coping strategies, suicidal and parasuicidal self-harming behavior, interpersonal problems, and a decrease in overall productivity as negative consequences of perfectionism [14, 15].

Research in recent decades has shown that perfectionism is a complex construct that includes various types [16]. Socially prescribed perfectionism is considered particularly destructive, i.e., the belief that others expect high achievements, without which rejection is inevitable. It correlates with a high readiness for suicide [17] and is a risk factor for a repeated suicide attempt [18]. This type of perfectionism is also associated with a significant level of self-criticism, fear of showing one's imperfections, negative experiences regarding future interpersonal relationships (social hopelessness), with closedness in communication

уровнем самокритики, страхом показать своё несовершенство, с негативными переживаниями относительно будущих межличностных отношений (социальная безнадежность), с закрытостью в общении с другими людьми, уходом от близких контактов (модель социальной отсоединённости – social disconnection model), то может стать причиной субъективного переживания одиночества [19, 20, 21]. Субъективное переживание одиночества оказывает влияние на эмоциональное благополучие, работоспособность, а также является серьёзным предиктором депрессивных расстройств и суицидального поведения [22, 23].

Отдельно стоит отметить, что по данным последних исследований перфекционизм в форме социально предписываемого перфекционизма, а также негативно селективного и фиксации на собственном несовершенстве имеет обратную связь с адаптивными чертами, такими как наличие высокой самооценки, а также субъективной позиции в учебной деятельности, и, напротив, прямую связь с симптомами депрессии, тревоги и объективной, негативной позицией в учебной деятельности. Тем не менее, Я-адресованный перфекционизм, характеризующийся наличием высоких стандартов и требований к себе, не имеет значимых корреляций с симптомами депрессии и тревоги, однако имеет значимые прямые связи с высоким уровнем самооценки и субъективной позиции в учёбе [16].

В современных исследованиях депрессия рассматривается, как одно из важнейших расстройств, связанных с эмоциональной дезадаптацией в подростковом возрасте, способное приводить к снижению академической успеваемости, межличностной эффективности и качества жизни в целом [24], включая алкоголизацию, снижение социально-трудовой адаптации и суицидальное поведение, в том числе его хронификацию [23, 25].

Наряду с растущим количеством завершённых суицидов, отмечается и увеличение количества суицидальных попыток у несовершеннолетних, предикторами которых, как правило, является эмоциональное неблагополучие [26]. За 2024 год зафиксировано 735 случаев суицида среди несовершеннолетних, что на 8,4% превышает показатель 2023 года. В 2025 году показатель продолжал расти (по данным Центра оперативного реагирования МВД).

Цель исследования – выявить связь эмоциональной дезадаптации с деструктивными личностными чертами и нарушениями в интерперсональных отношениях подростков и сформулировать рекомендации для оказания им эффективной психологической помощи.

В качестве задач настоящей работы были выделены исследование влияния различных компонентов перфекционизма, субъективного переживания одиночества, позиции в учебной деятельности и самооценки на симптомы эмоциональной дезадаптации у

with other people, withdrawal from close contacts (social disconnection model), and can cause a subjective experience of loneliness [19, 20, 21]. The subjective experience of loneliness affects emotional well-being, performance, and is also a serious predictor of depressive disorders and suicidal behavior [22, 23].

It is worth noting that, according to recent research, perfectionism in the form of socially prescribed perfectionism, as well as negative selection and fixation on one's own imperfections, has an inverse relationship with adaptive traits such as high self-efficacy and a subjective position in academic activities, and, conversely, a direct relationship with symptoms of depression, anxiety, and an object-oriented, negative position in academic activities. However, self-directed perfectionism, characterized by high standards and demands on oneself, does not have significant correlations with symptoms of depression and anxiety, but does have significant direct links with high levels of self-efficacy and a subjectness position in learning [16].

In modern studies, depression is considered as one of the most important disorders associated with emotional maladjustment in adolescence, which can lead to a decrease in academic performance, interpersonal effectiveness and quality of life in general [24], including alcoholism, decreased social and work adaptation and suicidal behavior, including its chronicity [23, 25].

Along with the growing number of completed suicides, there is also an increase in the number of suicide attempts among minors, the predictors of which are usually emotional distress [26]. In 2024, 735 cases of suicide among minors were recorded, which is 8.4% higher than the figure for 2023. In 2025, the figure continued to grow (according to the Rapid Response Center of the Ministry of Internal Affairs).

The aim of the study is to identify the connection between emotional maladjustment and destructive personality traits and disturbances in interpersonal relationships of adolescents and to formulate recommendations for providing them with effective psychological assistance.

The objectives of this work were to study the influence of various components of perfectionism, subjective experience of loneliness, position in educational activities and self-efficacy on the symptoms of emotional maladjustment in adolescents, as well as to study the differences in socio-demographic characteristics, indicators of symptoms of depression, different types of perfectionism and subjective

подростков, а также исследование различий социодемографических характеристик, показателей симптомов депрессии, разных видов перфекционизма и субъективного переживания одиночества, а также самоэффективности и позиции в учебной деятельности у подростков с суицидальной направленностью и без неё.

Согласно гипотезе исследования факторами риска выступают переживание одиночества, деструктивные виды перфекционизма (Социально предписываемый и Перфекционистский когнитивный стиль), а также негативная и объектная позиции в учебной деятельности. В качестве факторов-протекторов выделяются высокая самоэффективность, Я-адресованный перфекционизм и субъектная позиция в учебной деятельности.

Методики исследования:

Для изучения выраженности симптомов эмоциональной дезадаптации и суицидального поведения:

1. Опросник детской депрессии (Ковак М., 1992, адаптация и валидизация в русскоязычной выборке [27]), направленный на определение выраженности различных депрессивных симптомов, включая суицидальные мысли и намерения.

Для изучения факторов риска и факторов-протекторов эмоциональной дезадаптации и суицидального поведения:

2. Шкала Одиночества (Revised UCLA Loneliness Scale) (D. Russell и соавт., 1978, находится в процессе валидизации в подростковой выборке).

3. Трёхфакторный опросник перфекционизма [28], включает следующие шкалы: озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними (социально предписываемый перфекционизм), высокие стандарты и требования к себе (я-адресованный перфекционизм), негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве (перфекционистский когнитивный стиль). Согласно рассмотренным выше данным, один из типов перфекционизма, а именно Я-адресованный, может выступать фактором-протектором эмоциональной дезадаптации и суицидального поведения, в то время как Социально предписываемый перфекционизм и Перфекционистский когнитивный стиль являются факторами риска.

4. Методика оценки самоэффективности (Шеер М., Маддукс Дж., адаптация Бояринцевой А.В., 2003), отражающая уровень субъективной уверенности в своей способности справиться с проблемами в сфере предметной деятельности и в сфере общения;

5. Опросник «Субъектная позиция в учебной деятельности» [29] включает три шкалы «субъектная позиция», «объектная позиция» и «негативная позиция». Первая шкала отражает активную, осознанную позицию у учебной деятельности и фактор-протектор суицидального поведения, две последние шкалы, напротив, относятся к факторам риска.

experience of loneliness, as well as self-efficacy and position in educational activities in adolescents with and without suicidal tendencies.

According to the study's hypothesis, risk factors include experiencing loneliness, destructive types of perfectionism (socially prescribed and perfectionistic cognitive styles), and a negative and object position in learning. Protective factors include high self-efficacy, self-directed perfectionism, and a subjectness position in learning.

Research methods:

To study the severity of symptoms of emotional maladjustment and suicidal behavior:

1. The Childhood Depression Questionnaire (Kovak M., 1992, adaptation and validation in a Russian-language sample [27]), aimed at determining the severity of various depressive symptoms, including suicidal thoughts and intentions.

To study risk factors and protective factors for emotional maladaptation and suicidal behavior:

2. The Revised UCLA Loneliness Scale (D. Russell et al., 1978, is in the process of validation in an adolescent sample).

3. The Three-Factor Perfectionism Questionnaire [28] includes the following scales: concern about evaluations from others due to unfavorable comparisons with them (socially prescribed perfectionism), high standards and demands on oneself (self-directed perfectionism), negative selection and fixation on one's own imperfections (perfectionistic cognitive style). According to the data reviewed above, one type of perfectionism, namely self-directed, can act as a protective factor for emotional maladjustment and suicidal behavior, while socially prescribed perfectionism and perfectionistic cognitive style are risk factors.

4. Methodology for assessing self-efficacy (Scheer M., Maddux J., adapted by Boyarintseva A.V., 2003), reflecting the level of subjective confidence in one's ability to cope with problems in the sphere of subject activity and in the sphere of communication;

5. The questionnaire "Subjectness position in learning" [29] includes three scales: "subjectness position", "object position", and "negative position". The first scale reflects an active, conscious position in educational activity and a protective factor for suicidal behavior; the last two scales, on the contrary, relate to risk factors.

Sample characteristics

The sample consisted of students in grades 7–11 of a Moscow secondary school.

Таблица / Table 1

Регрессионная модель факторов риска эмоциональной дезадаптации (Опросник детской депрессии, Шкала Одиночества, Трёхфакторный опросник перфекционизма, Опросник субъективной позиции; n=91)
Regression model of risk factors for emotional maladaptation (Children's Depression Questionnaire, Loneliness Scale, Three-Factor Perfectionism Questionnaire, Subject Position Questionnaire; n=91)

Зависимая переменная Dependent variable	Независимые переменные Independent variables	R ²	P
Симптомы депрессии Depression symptoms	Общий балл перфекционизм Overall perfectionism score	0,302	0,000
	Социально предписанный перфекционизм Socially prescribed perfectionism	0,300	0,000
	Перфекционистский когнитивный стиль Perfectionistic cognitive style	0,423	0,000
	Одиночество Loneliness	0,104	0,002
	Негативная позиция Negative position	0,070	0,011
	Объектная позиция Object position	0,034	0,081 ^t

Примечание / Note: принимаются показатели, соответствующие уровню значимости / indicators corresponding to the significance level are accepted: p<0,01; p<0,05; t – показатели на уровне тенденции к значимости / indicators at the level of tendency to significance p<0,1.

Характеристика выборки

Выборку составили ученики 7-11 классов средней общеобразовательной школы г. Москвы. Всего в исследовании принимал участие 91 человек – 35 юношей и 56 девушек. Исследование проводилось в соответствии с требованиями этического кодекса РОП, было получено информированное согласие детей и их родителей, гарантировалась конфиденциальность.

Результаты исследования

Для оценки степени влияния таких факторов риска как перфекционизм и его виды (общий показатель, социально предписываемый перфекционизм и негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве), субъективное переживание одиночества и негативная позиция в учебной деятельности на выраженность депрессивной симптоматики у подростков был проведён регрессионный анализ, результаты которого можно увидеть в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что наибольшее влияние в качестве факторов риска эмоциональной дезадаптации, способствующих росту симптомов депрессии, оказывают такие личностные черты, как перфекционистский когнитивный стиль и социально предписанный перфекционизм. Влияние субъективного переживания одиночества и негативной позиции в учебной деятельности выражено значительно меньше, а влияние объектной позиции в учебной деятельности выявлено лишь на уровне тенденции.

Согласно проведённому регрессионному анализу, 42,3% дисперсии зависимой переменной депрессии объясняет показатель перфекционистского когнитивного стиля и 2,7% – показатели субъективного переживания одиночества. Всего модель объясняет 45% дисперсии зависимой переменной «симптомы депрессии».

A total of 91 participants – 35 boys and 56 girls – participated in the study. The study was conducted in accordance with the ethical requirements of the Russian Society of Organizers (Rosop). Informed consent was obtained from the children and their parents, and confidentiality was guaranteed.

Results and research

To assess the degree of influence of such risk factors as perfectionism and its types (general indicator, socially prescribed perfectionism and negative selection and fixation on one's own imperfections), subjective experience of loneliness and negative position in educational activities on the severity of depressive symptoms in adolescents, a regression analysis was conducted, the results of which can be seen in Table 1.

Table 1 shows that personality traits such as a perfectionistic cognitive style and socially prescribed perfectionism exert the greatest influence as risk factors for emotional maladjustment, contributing to increased depressive symptoms. The influence of the subjective experience of loneliness and a negative attitude toward academic activity is significantly less pronounced, and the influence of an object attitude toward academic activity is only revealed at the trend level.

According to the regression analysis, 42.3% of the variance in the dependent variable of depression is explained by the perfectionistic cognitive style indicator, and 2.7% by the subjective experience of loneliness indicator. Overall, the model explains 45% of the variance in the dependent variable of "depressive symptoms."

Таблица / Table 2

Регрессионная модель факторов-протекторов симптомов депрессии (Опросник детской депрессии, Методика определения общей и социальной самооффективности, Опросник субъектной позиции, n=91)
 Regression model of protective factors of depressive symptoms (Children's Depression Questionnaire, Method for Determining General and Social Self-Efficacy, Subject Position Questionnaire, n=91)

Зависимая переменная Dependent variable	Независимые переменные Independent variables	R ²	P
Симптомы депрессии Depression symptoms	Общий балл самооффективности Total self-efficacy score	0,454	0,000
	Самооффективность в предметной деятельности Self-efficacy in subject-related activities	0,429	0,000
	Самооффективность в межличностной сфере Self-efficacy in the interpersonal sphere	0,212	0,000
	Субъектная позиция в учебной деятельности Subjectness position in educational activities	0,136	0,000

Примечание / Note: принимаются показатели, соответствующие уровню значимости / the indicators accepted correspond to the significance level: p<0.01; p<0.05.

Для оценки влияния факторов-протекторов эмоциональной дезадаптации – самооффективности (общей, а также в предметной деятельности и в межличностной сфере) и субъектной позиции в учебной деятельности – на симптомы депрессии у подростков был проведён еще один регрессионный анализ. Его результаты можно увидеть в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, все указанные показатели способствуют снижению симптомов депрессии, то есть оказывают протективное влияние (все отрицательно коррелируют с показателем выраженности симптомов депрессии). Наибольшее влияние в качестве факторов-протекторов оказывают такие личностные черты, как общая самооффективность и самооффективность в предметной деятельности, влияние самооффективности в межличностной сфере и субъектной позиции в учебной деятельности выражено меньше.

Согласно проведённому регрессионному анализу, 45,4% дисперсии зависимой переменной симптомов депрессии объясняет показатель общей самооффективности. Всего модель объясняет 46,7% дисперсии зависимой переменной.

В качестве отдельных задач исследования выступали сравнение выраженности симптомов депрессии в зависимости от пола и возраста, а также сравнение по всем показателям группы с наличием признаков суицидального поведения (то есть положительно ответивших на вопрос о наличии мыслей или намерения уйти из жизни в опроснике депрессии Ковак) и группы без признаков суицидального поведения (отрицающие наличие таких мыслей и намерений). Для оценки различий выраженности симптомов депрессии между группами применялся критерий Манна-Уитни для независимых выборок.

В таблице 3 приведены данные сравнительного анализа выраженности симптомов депрессии между группами подростков мужского и женского пола.

To assess the influence of protective factors for emotional maladjustment – self-efficacy (general, as well as in subject-specific and interpersonal activities) and subjectness position in academic activities – on depressive symptoms in adolescents, another regression analysis was conducted. The results are shown in Table 2.

As Table 2 shows, all of the above indicators contribute to a reduction in depressive symptoms, i.e., they have a protective effect (all are negatively correlated with the severity of depressive symptoms). The most influential protective factors are personality traits such as general self-efficacy and self-efficacy in subject-related activities; the influence of interpersonal self-efficacy and subjective position in academic activities is less pronounced.

According to the regression analysis, 45.4% of the variance in the dependent variable of depressive symptoms is explained by the general self-efficacy indicator. Overall, the model explains 46.7% of the variance in the dependent variable.

The separate objectives of the study were to compare the severity of depressive symptoms in regards to gender and age, as well as to compare all indicators between a group with signs of suicidal behavior (i.e., those who answered positively to the question about the presence of thoughts or intentions to commit suicide in the Kovak Depression Inventory) and a group without signs of suicidal behavior (those who denied the presence of such thoughts and intentions). The Mann-Whitney test for independent samples was used to assess differences in the severity of depressive symptoms between groups.

Table 3 presents the data of a comparative analysis of the severity of depressive symptoms between groups of male and female adolescents.

Таблица / Table 3

Выраженность симптомов депрессии у участников мужского и женского пола
(Опросник детской депрессии, n=91)

Severity of depressive symptoms in male and female participants (Children's Depression Questionnaire, n=91)

Показатель Indicator	Мужской пол Male (n=35)	Женский пол Female (n=56)	Уровень значимости <i>p</i> (критерий Манна-Уитни) Significance level <i>p</i> (Mann-Whitney test)
Симптомы депрессии Symptoms of depression	Средний ранг Average rank = 39,61	Средний ранг Average rank = 49,99	0,068 t

Примечание / Note: *t* – различия на уровне тенденции к статистической значимости / differences at the level of tendency to statistical significance, *p* > 0.1

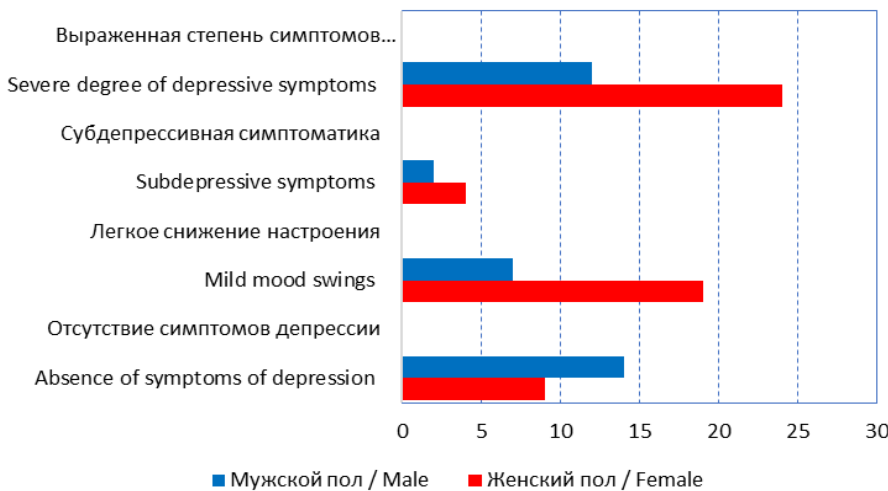


Fig. / Fig. 1.
Частота встречаемости показателей депрессивной симптоматики в подростков мужского и женского пола
Frequency of occurrence of depressive symptoms in adolescent males and females.

На уровне тенденции у подростков женского пола показатели депрессии выше, чем у подростков мужского. Также на основе данных, полученных по результатам опросника детской депрессии Ковак, был проведён анализ частоты встречаемости показателей депрессивной симптоматики разной степени тяжести среди подростков мужского и женского пола (рис. 1).

Таким образом, у подростков мужского пола на основании самоотчёта чаще отсутствуют симптомы депрессии по сравнению с подростками женского пола. Все остальные формы депрессивной симптоматики – от лёгкого снижения настроения до выраженной степени симптомов депрессии – чаще имеют место у респондентов женского пола. Вместе с тем стоит отметить, что по данным исследований завершённые суициды чаще имеют место у лиц мужского пола, а суицидальные попытки чаще имеют у женщин, в том числе подростков [30, 31].

Как видно из таблицы 4 возраст подростков в данной выборке не оказывает значимого влияния на выраженность симптомов депрессии.

Все респонденты были разделены на две группы в зависимости от наличия признаков суицидального поведения:

As a trend, female adolescents have higher rates of depression than male adolescents. Using data from the Kovak Childhood Depression Inventory, we also analyzed the frequency of depressive symptoms of varying severity among male and female adolescents (Figure 1).

Thus, male adolescents are more likely to report no depressive symptoms than female adolescents. All other forms of depressive symptoms – from mild depression to severe depressive symptoms – are more common among female respondents. However, it is worth noting that research shows that completed suicides are more common among males, while suicide attempts are more common among women, including adolescents [30, 31].

As can be seen from Table 4, the age of adolescents in this sample does not have a significant effect on the severity of depressive symptoms.

All respondents were divided into two groups based on the presence of signs of suicidal behavior:

Таблица / Table 4

Выраженность симптомов депрессии у групп участников 13-15 лет и 16-18 лет
(Опросник детской депрессии, n=91)
Severity of depressive symptoms in groups of participants aged 13–15 years and 16–18 years
(Children's Depression Questionnaire, n=91)

Показатель Indicator	13-15 лет 13-15 years of age (n=40)	16-18 лет 16-18 years of age (n=51)	Уровень значимости <i>p</i> (критерий Манна-Уитни) Significance level <i>p</i> (Mann-Whitney test)
Симптомы депрессии Depression symptoms	Средний ранг Average rank = 49,03	Средний ранг Average rank = 43,63	0,333

Примечание / Note: $p > 0,05$

1) давшие положительный ответ на вопрос о наличии суицидальных мыслей или намерений в Опроснике детской депрессии (далее «с признаками суицидального поведения»), и 2) не отметившие у себя наличия суицидальных мыслей и намерений по Опроснику детской депрессии (далее «без признаков суицидального поведения»). В группе с признаками суицидального поведения оказались преимущественно девушки 15-16 лет с преобладанием выраженной депрессивной симптоматики, всего в эту группу вошло 35 человек, то есть больше трети всей выборки.

Был проведён анализ различий по уровню выраженности разных симптомов депрессии в группе с признаками суицидального поведения и в группе без них (рис. 2).

Как видно из рис. 2 все средние показатели различных симптомов депрессии значимо выше в группе с признаками суицидального поведения. Особенно выделяются низкая самооффективность и негативное самоотношение.

Далее на рис. 3 приведены результаты сравнения выраженности факторов риска и факторов-протекторов эмоциональной дезадаптации по различным шкалам Трёхфакторного опросника перфекционизма и Субъектной позиции в учебной деятельности.

1) those who responded positively to the question about suicidal thoughts or intentions on the Child Depression Questionnaire (hereinafter "with signs of suicidal behavior"), and 2) those who did not report suicidal thoughts or intentions on the Child Depression Questionnaire (hereinafter "without signs of suicidal behavior"). The group with signs of suicidal behavior consisted primarily of 15- to 16- year-old girls with a predominance of pronounced depressive symptoms; this group included 35 people in total, i.e., more than a third of the entire sample. An analysis was conducted of the differences in the level of severity of various symptoms of depression in the group with signs of suicidal behavior and in the group without them (Fig. 2).

As can be seen from Fig. 2, all average indicators of various depression symptoms are significantly higher in the group with signs of suicidal behavior. Low self-efficacy and negative self-image are particularly prominent.

Figure 3 below shows the results of a comparison of the severity of risk factors and protective factors for emotional maladjustment across various scales of the Three-Factor Perfectionism Questionnaire and the Subjective Position in Academic Activity.

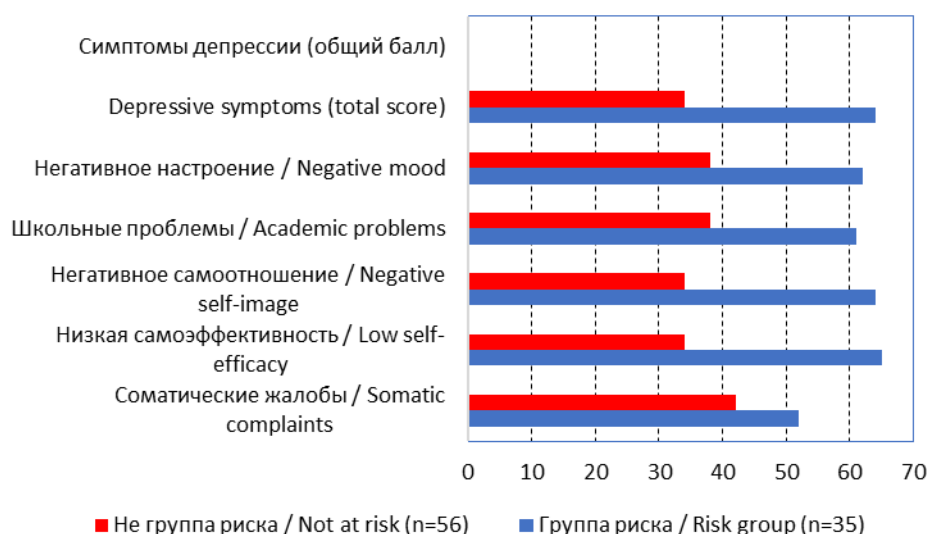


Рис. / Fig. 2.

Уровень выраженности различных симптомов депрессии в группе с признаками суицидального поведения (n=35) и без них (n=56)
The level of severity of various symptoms of depression in the group with signs of suicidal behavior (n=35) and without them (n=56).

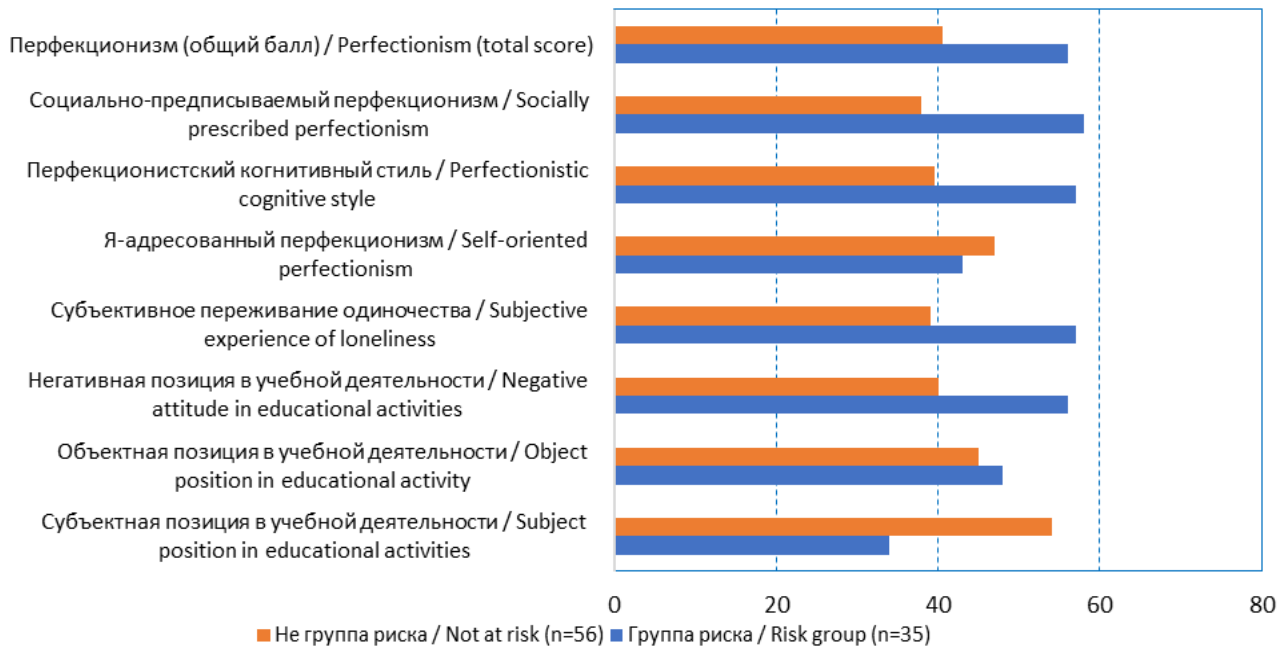


Рис. / Fig. 3. Показатели разных видов перфекционизма и позиции в учебной деятельности, а также показатель субъективного переживания одиночества в группе с признаками суицидального поведения (n=35) и без них (n=56) / Indicators of different types of perfectionism and positions in academic activities, as well as an indicator of the subjective experience of loneliness in a group with signs of suicidal behavior (n=35) and without them (n=56).

Здесь же приводятся показатели шкалы Одиночества – фактора риска эмоциональной дезадаптации.

Как видно на рис. 3 средние показатели факторов риска (общего перфекционизма, социально предписываемого перфекционизма, перфекционистского когнитивного стиля, субъективного переживания одиночества, а также негативной и объектной позиции в учебной деятельности) выше в группе с признаками суицидального поведения. Напротив, средние баллы по показателям факторов-протекторов эмоционального благополучия (Я-адресованного перфекционизма и субъектной позиции в учебной деятельности) выше у подростков без признаков суицидального поведения.

The Loneliness scale, a risk factor for emotional maladjustment, is also presented.

As Figure 3 shows, the mean scores for risk factors (general perfectionism, socially prescribed perfectionism, perfectionistic cognitive style, subjective experience of loneliness, and negative and object positions in academic activity) are higher in the group with signs of suicidal behavior. Conversely, the mean scores for the protective factors of emotional well-being (self-directed perfectionism and subjectness position in academic activity) are higher in adolescents without signs of suicidal behavior.

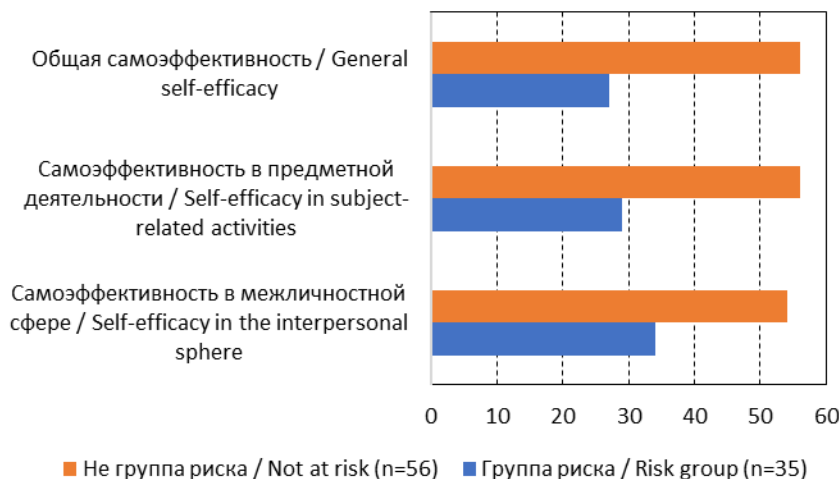


Рис. / Fig. 4. Показатели самоэффективности в группе с признаками суицидального поведения (n=35) и в группе без них (n=56) / Self-efficacy indicators in the group with signs of suicidal behavior (n=35) and in the group without them (n=56).

Особенно большой разрыв отмечается по показателям субъектной позиции, которая значительно более выражена у подростков без признаков суицидального поведения.

На рисунке 4 приведены данные в двух сравниваемых группах такого важного, и как показал предшествующий анализ (см. табл. 2) наиболее значимого фактора-протектора эмоционального благополучия как самоэффективность и ее виды (общая самоэффективность, самоэффективность в предметной деятельности и в межличностной сфере).

Как видно из рисунка 4 значительно более высокие средние баллы по показателям всех видов самоэффективности отмечаются в группе подростков без признаков суицидального поведения.

Выводы

1. Наиболее значимыми факторами риска эмоциональной дезадаптации в подростковом возрасте, вносящими существенный вклад в депрессивную симптоматику, являются перфекционистский когнитивный стиль (фиксация на собственном несовершенстве) и социально предписываемый перфекционизм (субъективное ощущение очень высоких требований в свой адрес, невозможности соответствия и постоянные невыгодные сравнения себя с другими людьми). Существенно меньшее, но значимое влияние оказывают негативная (отсутствие интереса и отрицание значимости учебы) и объектная (подчинённая, чисто исполнительская) позиция в учебной деятельности. Риску возникновения симптомов депрессии способствует также такой фактор как субъективное переживание изоляции от других людей и одиночества.

2. Все показатели самоэффективности и показатель субъектной позиции в учебной деятельности выступают в качестве факторов-протекторов эмоционального благополучия подростков и вносят значимый вклад в качестве факторов-протекторов эмоционального благополучия. Наибольший вклад вносит предметная самоэффективность.

3. В группе подростков с признаками суицидального поведения преобладают девушки 15-16 лет. Подростки в этой группе отличаются высокими показателями всех симптомов депрессии. От группы без признаков суицидального поведения их также отличают значимо более высокие показатели субъективного переживания одиночества, социально предписанного перфекционизма и перфекционистского когнитивного стиля, а также негативной позиции в учебной деятельности. Напротив, показатели всех видов самоэффективности и субъектной позиции значимо ниже в группе с признаками суицидального поведения по сравнению с группой, не отметившей в опроснике депрессии наличие суицидальных мыслей или намерений.

4. Полученные данные позволяют сделать ряд практических рекомендаций для родителей, школьных

A particularly large gap is observed for the subjectness position scores, which are significantly more pronounced in adolescents without signs of suicidal behavior.

Figure 4 shows the data in two compared groups of such an important, and as the previous analysis showed (see Table 2), the most significant protective factor of emotional well-being as self-efficacy and its types (general self-efficacy, self-efficacy in subject-related activities and in the interpersonal sphere).

As can be seen from Figure 4, significantly higher average scores for all types of self-efficacy are observed in the group of adolescents without signs of suicidal behavior.

Conclusions

1. The most significant risk factors for emotional maladjustment in adolescence, which also contribute significantly to depressive symptoms, are a perfectionistic cognitive style (a fixation on one's own imperfections) and socially prescribed perfectionism (a subjective feeling of very high demands on oneself, the inability to meet them and constant unfavorable comparisons with others). A significantly smaller, but still significant, impact is exerted by a negative (lack of interest and denial of the importance of learning) and an object (subordinate, purely executive) position in learning. The risk of developing depressive symptoms is also increased by a subjective experience of isolation from others and loneliness.

2. All self-efficacy indicators and the subjectness position indicator in academic activity act as protective factors for adolescents' emotional well-being and make a significant contribution. Subject-specific self-efficacy makes the greatest contribution.

3. The group of adolescents with signs of suicidal behavior is dominated by girls aged 15-16. Adolescents in this group exhibited high scores on all depressive symptoms. They also differed from the group without signs of suicidal behavior by significantly higher scores on the subjective experience of loneliness, socially prescribed perfectionism, and a perfectionistic cognitive style, as well as a negative position in learning. Conversely, scores on all types of self-efficacy and subjectness position were significantly lower in the group with signs of suicidal behavior compared to the group who did not report suicidal thoughts or intentions on the depression questionnaire.

4. The data obtained allow us to make a number of practical recommendations for parents, school psychologists, and teachers aimed at preventing emotional maladjustment

психологов и учителей, направленных на профилактику эмоциональной дезадаптации и суицидального поведения у подростков. Особый акцент следует сделать на поддержке и укреплении веры в свои силы справляться с проблемами (самоэффективность) и на тесно связанной с этим субъективной, то есть активной и осознанной позиции подростков в учебной деятельности. Это означает необходимость поддержки со стороны взрослого любой собственной конструктивной активности подростков в учебной деятельности и налаживания отношений сотрудничества с ним вместо инструктивно-авторитарного стиля общения [32, 33]. Рассмотренные деструктивные виды перфекционизма (Социально предписанный перфекционизм и Перфекционистский когнитивный стиль) являются во многом результатом завышенных требований без права на ошибку со стороны взрослых, что ведёт к страху обратиться за помощью в случае затруднения, к острому переживанию собственного несовершенства с выраженным страхом отвержения, а, в конечном счёте, к негативной позиции в учебной деятельности. Все вместе эти переживания значительно повышают вероятность суицидального поведения у подростков.

Литература / References:

1. Малокова Д.А., Пуговкина О.Д. Взаимосвязь коммуникативного и формального аспекта мышления у старших подростков в контексте проблемы эмоциональной дезадаптации. *Психологическая наука и образование psyedu.ru*. 2015; 7 (1). [Malyukova DA, Pugovkina OD. The relationship between the communicative and formal aspects of thinking in older adolescents in the context of the problem of emotional maladaptation. *Psychological science and education psyedu.ru*. 2015; 7 (1).] URL: http://psyedu.ru/journal/2015/n1/Malyukova_Pugovkina.phtml (In Russ)
2. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. *Медицинская психология в России*. 2012; 2: 94-100. [Kholmogorova AB, Volikova SV. The main results of studies of suicide risk factors in adolescents based on the psychosocial multifactorial model of affective spectrum disorders. *Medical psychology in Russia*. 2012; 2: 94-100.] (In Russ)
3. Ерохина Е.А., Филиппова Е.В. Образ тела и отношение к своему телу у подростков: семейные и социокультурные факторы влияния (по материалам зарубежных исследований). *Современная зарубежная психология*. 2019; 8 (4): 57-68. [Erokhina E.A., Filippova E.V. Body image and attitude to one's body in adolescents: family and socio-cultural factors of influence (based on foreign research materials). *Modern foreign psychology*. 2019; 8 (4): 57-68.] (In Russ) DOI: 10.17759/jmfp.2019080406
4. Завалова Е.Р., Меринов А.В. Расстройства пищевого поведения в суицидологической практике. Обзор литературы. *Девiantология*. 2024; 8 (1): 39-45. [Zavalova ER, Merinov AV. Eating disorders in suicidology practice. Review. *Deviant Behavior (Russia)*. 2024; 8 (1): 39-45.] (In Russ) DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-39-45
5. Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Педагогическая, психологическая и психотерапевтическая помощь в процессе преодоления учебных трудностей как содействие развитию ребенка. *Консультативная психология и психотерапия*. 2017; 25 (3): 33-59. [Zaretsky VK, Kholmogorova AB. Pedagogical, psychological and psychotherapeutic assistance in the process of overcoming learning difficulties as a contribution to the development of a child. *Consulting psychology and psychotherapy*. 2017; 25 (3): 33-59.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.2017250303
6. Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Связь образования, развития и здоровья с позиций культурно-исторической психологии. *Культурно-историческая психология*. 2020; 16 (2): 89-106. [Zaretsky VK, Kholmogorova AB. The relationship between education, development and health from the standpoint of cultural and historical psychology. *Cultural and historical psychology*. 2020; 16 (2): 89-106.] (In Russ) DOI: 10.17759/chp.2020160211
7. Холмогорова А.Б., Казаринова Е.Ю., Рахманина А.А. Позиция обучающихся в учебной деятельности и предпочитаемый ими контент в интернете как факторы проблемного использования пространства Всемирной сети. *Психологическая наука и образование*. 2022; 27 (3): 104-116. [Kholmogorova AB, Kazarinova EYu, Rakhmanina AA. The position of students in educational activities and their preferred content on the Internet as factors of problematic use of the World Wide Web space. *Psychological science and education*. 2022; 27 (3): 104-116.] (In Russ) DOI: 10.17759/pse.2022270308
8. Воликова С.В., Калинин Е.А. Детско-родительские отношения как фактор школьного буллинга. *Консультативная психология и психотерапия*. 2015; 23 (4): 138-161. [Volikova SV, Kalinkina EA. Child-parent relations as a factor of school bullying. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2015; 23 (4): 138-161.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.2015230409
9. Карауш И.С., Куприянова И.Е., Дашиева Б.А. Негативные события, связанные со школьным функционированием, и их взаимосвязь с риском развития депрессии у подростков. *Клиническая и специальная психология*. 2022; 11 (3): 142-166. [Karaush IS, Kupriyanova IE, Dashieva BA. Negative events related to school functioning and their relationship with the risk of depression in adolescents. *Clinical and special psychology*. 2022; 11 (3): 142-166.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpsp.2022110306
10. Wang Y, Liu J, Chen S, Zheng C, Zou X, Zhou Y. Exploring risk factors and their differences on suicidal ideation and suicide attempts among depressed adolescents based on decision tree model. *J Affect Disord*. 2024 May 1; 352: 87-100. DOI: 10.1016/j.jad.2024.02.035. Epub 2024 Feb 13. PMID: 38360368.
11. Li Z, Hsu YC, Yip PSF. Unraveling the complexities between reasons and motivations behind suicide behaviors: a population-based study of Hong Kong secondary school students. *J Adolescent Health*. 2025 May; 76 (5): 830-838. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2025.01.005. PMID: 40047729.

12. Senapati RE, Jena S, Parida J, Panda A, Patra PK, Pati S, Kaur H, Acharya SK. The patterns, trends and major risk factors of suicide among Indian adolescents – a scoring review. *BMC Psychiatry*. 2024 Jan 9; 24 (1): 35. DOI: 10.1186/s12888-023-05447-8. PMID: 38195413; PMCID: PMC10775453.
13. Гараян Н.Г., Андрусенко Д.А., Хломов И.Д. Перфекционизм как фактор студенческой дезадаптации. *Психологическая наука и образование*. 2009; 14 (1): 72–81. [Garanyan NG, Andrusenko DA, Kholmogorova AB, Yudeeva TY. Perfectionism as a factor of student maladaptation. *Psychological science and education*. 2009; 14 (1): 72–81.] URL: https://psyjournals.ru/journals/pse/archive/2009_n1/Garanyan_An drusenko_Hlomov (In Russ)
14. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2018; 26 (3): 8-32. [Garanyan NG, Kholmogorova AB, Yudeeva TY. Factor structure and psychometric indicators of the perfectionism questionnaire: development of a three-factor version. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2018; 26 (3): 8-32.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.2018260302
15. Katzenmajer-Pump L, Balázs J. Perfectionism and Suicide: A systematic review of qualitative studies. *Psychiatr Hung*. 2021; 36 (1): 4-11. PMID: 33686011.
16. Цацулин Т.О., Холмогорова А.Б. Деструктивный перфекционизм и факторы-протекторы эмоционального благополучия студентов вузов. *Культурно-историческая психология*. 2024; 20 (2): 50–59. [Tsatsulin TO, Kholmogorova AB. Destructive perfectionism and protective factors of emotional well-being of university students. *Cultural and historical psychology*. 2024; 20 (2): 50–59.] (In Russ) DOI: 10.17759/chp.2024200206
17. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога. *Московский психотерапевтический журнал*. 2001; 4: 184. [Garanyan NG, Kholmogorova AB, Yudeeva TY. Perfectionism, depression and anxiety. *Moscow Psychotherapeutic Journal*. 2001; 4: 184.] (In Russ)
18. Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Корх М.П., Рахманина А.А., Быкова М.С. Дезадаптивные личностные черты и психопатологическая симптоматика у лиц с первой попыткой суицида и хроническим суицидальным поведением. *Консультативная психология и психотерапия*. 2020; 28 (1): 63-86. [Kholmogorova AB, Subotic MI, Korkh MP, Rachmanina AA, Bykova MS. Maladaptive personality traits and psychopathological symptoms in individuals with a first suicide attempt and chronic suicidal behavior. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2020; 28 (1): 63-86.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.2020280105
19. Smith MM, Sherry SB, McLarnon ME, et al. Why does socially prescribed perfectionism place people at risk for depression? A five-month, two-wave longitudinal study of the Perfectionism Social Disconnection Model. *Personality and Individual Differences*. 2018; 134: 49-54. DOI: 10.1016/j.paid.2018.05.040
20. Воликова С.В. Методы исследования детского перфекционизма. *Консультативная психология и психотерапия*. 2013; 21 (1): 177–192. [Volikova SV. Research methods of child perfectionism. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2013; 21 (1): 177–192.] (In Russ)
21. Холмогорова А.Б., Герасимова А.А. Психологические факторы проблемного использования Интернета у девушек подросткового и юношеского возраста. *Консультативная психология и психотерапия*. 2019; 27 (3): 138-155. [Kholmogorova AB, Gerasimova AA. Psychological factors of problematic Internet use in adolescent and adolescent girls. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2019; 27 (3): 138-155.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.2019270309
22. Юшкова А.А., Михайлова К.С. Специфика взаимосвязи перфекционизма и субъективного переживания одиночества у подростков. Статья в сб. трудов конференции. 2021; 12 (17): 228-229. [Yushkova AA, Mikhailova KS. The specifics of the relationship between perfectionism and the subjective experience of loneliness in adolescents. *An article in the proceedings of the conference*. 2021; 12 (17): 228-229.] (In Russ)
23. Суботич М.И., Холмогорова А.Б. Когнитивные и поведенческие факторы хронификации суицидального поведения. *НМП*. 2023; 3. [Subotic MI, Kholmogorova AB. Cognitive and behavioral factors of chronicizing suicidal behavior. *NMP*. 2023; 3.] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kognitivnye-i-povedencheskie-factory-hronifikatsii-suitsidalnogo-povedeniya> (In Russ)
24. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Горшкова Д.А., Мельник А.М. Суицидальное поведение в студенческой популяции. *Культурно-историческая психология*. 2009; 5 (3): 101–110. [Kholmogorova AB, Garanyan NG, Gorshkova DA, Melnik AM. Suicidal behavior in the student population. *Cultural and historical psychology*. 2009; 5 (3): 101–110.] (In Russ)
25. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств. *Консультативная психология и психотерапия*. 1996; 4 (3). Статья 7. [Kholmogorova AB, Garanyan NG. Integrative psychotherapy of anxiety and depressive disorders. *Counseling psychology and psychotherapy*. 1996; 4 (3). Article 7.] URL: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/1996_n3/25535 (In Russ)
26. Суицидальные и несуицидальные самоповреждения подростков / Аксельров М.А., Бохан Н.А., Бухна А.Г. и др. Москва: ГЭОТАР-медиа, 2023. 472 с. [Suicidal and non-suicidal self-harm of adolescents / Akselrov M.A., Bokhan N.A., Bukhna A.G. et al. Moscow: GEOTAR-media, 2023. 472 p.] (In Russ)
27. Воликова С.В., Калина О.Г., Холмогорова А.Б. Валидизация опросника детской депрессии М. Ковак. *Вопросы психологии*. 2011 (5): 121–132. [Volikova SV, Kalina OG, Kholmogorova AB. Validation of the childhood depression questionnaire by M. Kovak. *Questions of psychology*. 2011 (5): 121–132.] (In Russ)
28. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2018; 26 (3): 8–32. [Garanyan NG, Kholmogorova AB, Yudeeva TY. Factor structure and psychometric indicators of the perfectionism questionnaire: development of a three-factor version. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2018; 26 (3): 8-32.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.2018260302
29. Зарецкий Ю.В., Зарецкий В.К., Кулагина И.Ю. Методика исследования субъектной позиции учащихся разных возрастов. *Психологическая наука и образование*. 2014; 19 (1): 99-110. [Zaretsky YuV, Zaretsky VK, Kulagina IY. Methodology for studying the subject position of students of different ages. *Psychological science and education*. 2014; 19 (1): 99-110.] (In Russ)
30. Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П., Быкова А.А., Лончакова И.В. Завершённые суициды: соотношение мужчин и женщин. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 76-77. [Umansky MS, Khokhlov MS, Zotova EP, Bykova AA, Lonchakova IV. Suicides: the ratio of men and women. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 76-77.] (In Russ)
31. Уманский М.С., Зотова Е.П. Суицидальные попытки: соотношение мужчин и женщин. *Девиятология*. 2018; 2 (1): 30-35. [Umansky MS, Zotova EP. Suicide attempts: the ratio of men and women. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (1): 30-35.] (In Russ)
32. Зарецкий Ю.В. Субъектная позиция по отношению к учебной деятельности как ресурс развития и предмет исследования. *Консультативная психология и психотерапия*. 2013; 2: 110-128. [Zaretsky YuV. The subject position in relation to educational activity as a resource of development and the subject of research. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2013; 2: 110-128.] (In Russ)
33. Зарецкий В.К., Агеева А.А. Проблема эффективности родительской помощи детям в ситуациях учебных трудностей с позиций рефлексивно-деятельностного подхода и когнитивно-бихевиоральной терапии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2021; 29 (3): 159-179. [Zaretsky VK, Ageeva AA. The problem of the effectiveness of parental assistance to children in situations of learning difficulties from the perspective of a reflexive activity approach and cognitive behavioral therapy. *Counseling psychology and psychotherapy*. 2021; 29 (3): 159-179.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.2021290310

RISK FACTORS AND PROTECTIVE FACTORS OF EMOTIONAL MALADAPTATION AND SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENCE

A.B. Kholmogorova^{1,2},
A.M. Ermakova³,
D.S. Trukhina⁴

¹Moscow State Psychological and Pedagogical University", Moscow, Russia
²Research N.V. Sklifosovsky Institute of Emergency Care, Moscow, Russia
³G.E. Sukhareva Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents, Moscow, Russia
⁴Sirius University of Science and Technology, Krasnodar Region, Russia

Abstract:

Adolescence is considered a challenging period due to significant biopsychosocial changes. Emotional maladjustment in adolescents is associated with the risk of self-harm, suicidal behavior, and dysfunctional interpersonal relationships. *Aim of the study* is to identify the relationship between emotional maladjustment and destructive personality traits and interpersonal relationship problems in adolescents and to formulate recommendations for providing effective psychological support. *Methods.* To study the severity of symptoms of emotional maladjustment, the Children's Depression Questionnaire (Kovak) was used. M., 1992, adaptation and validation in a Russian-language sample: Volikova S.V. et al., 2011). To study personal and interpersonal risk factors and protective factors: the Loneliness Scale (Russell D. et al., 1978), a three-factor perfectionism questionnaire (Garanyan N.G. et al., 2018); a method for determining general and social self-efficacy (Scheer M., Maddux J., adapted by Boyarintseva A.V., 2003), and the Subjectness Position questionnaire (Zaretsky Yu.V. et al., 2014). *Results.* The sample consisted of students in grades 7–11 of a Moscow secondary school, including 35 boys and 56 girls. The suicide risk group is dominated by adolescents who are distinguished by high rates of depressive symptoms, subjective experience of loneliness, socially prescribed perfectionism and perfectionistic cognitive style, as well as a negative position in academic activities. On the contrary, indicators of all types of self-efficacy and subjectness position in learning act as protective factors for emotional well-being. *Conclusions.* Supporting students' subjectness position in academic activity and increasing their self-efficacy, as well as reducing destructive types of perfectionism, can be considered the most important targets for preventing emotional maladjustment and suicidal risk.

Keywords: adolescents, emotional maladjustment, personal factors, interpersonal factors, protective factors, subjectness position in educational activities, self-efficacy

Вклад авторов:

A.B. Холмогорова: разработка дизайна исследования, написание и редактирование текста рукописи;

A.M. Ермакова: сбор и обработка данных, написание текста рукописи;

D.S. Трухина: написание текста рукописи.

Authors' contributions:

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

A.M. Ermakova: data set, writing the text of the manuscript;

D.S. Trukhina: data set, writing the text of the manuscript.

Information about the authors:

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

Ermakova Arina M. – medical psychologist (ORCID iD: 0009-0009-1857-0216). Place of work and position: medical psychologist, G.E. Sukhareva Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents. Address: 21A 5th Donskoy pr., Moscow, 119334, Russia. Email: arishaermakova@yandex.ru

Trukhina Darya S. – postgraduate student (ORCID iD: 0009-0005-7133-4766). Place of work and position: Junior Researcher, Sirius University of Science and Technology. Address: 1 Olympic Avenue, Sirius, village, Krasnodar Territory, Russia. Email: animadds248@mail.ru

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 29.10.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 21.12.2025.

Для цитирования: Холмогорова А.Б., Ермакова А.М., Трухина Д.С. Факторы риска и факторы-протекторы эмоциональной дезадаптации и суицидального поведения в подростковом возрасте. *Суицидология.* 2025; 16 (4): 157-169. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-157-169

For citation: Kholmogorova A.B., Ermakova A.M., Trukhina D.S. Risk factors and protective factors of emotional maladaptation and suicidal behavior in adolescence. *Suicidology.* 2025; 16 (4): 157-169. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-157-169

