

---

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ  
RESEARCH REVIEWS

---

# КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И РИСКА ЕГО ХРОНИФИКАЦИИ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ

М.И. СУБОТИЧ

НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского  
(ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»)

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>,

e-mail: [chernaya\\_masha@mail.ru](mailto:chernaya_masha@mail.ru)

**Актуальность.** В статье представлен обзор исследований клинических, психологических и социодемографических факторов суицидального поведения и риска его хронификации. По данным ВОЗ, 800 000 человек ежегодно умирают в результате самоубийства, и многие другие обращаются за помощью в медицинские центры после суицидальной попытки. Самоубийства и суицидальные попытки являются медико-социально-психологической проблемой. **Цель исследования.** Оценка роли различных факторов хронификации суицидального поведения и увеличения его риска. **Результаты.** По данным многочисленных исследований, чаще всего повторные и неоднократные суицидальные попытки совершают лица, имеющие пограничное расстройство личности и другие личностные расстройства, часто в сочетании с депрессивной и тревожной симптоматикой. Суицидальное поведение в этом случае часто является следствием дефицита навыков эмоциональной саморегуляции и совладания со стрессом, как правило, его мотивом не является намерение умереть. К наиболее часто встречающимся способам самоповреждения у этой категории лиц относятся

CC BY-NC

нанесение самопорезов в области конечностей и попытки самоотравления. Отличительной особенностью суицидальных попыток у лиц, страдающих шизофренией, тяжелыми формами депрессии и биполярным расстройством, является намерение умереть, сочетающееся с более тяжелыми способами самоповреждений в отличие от пациентов с расстройствами личности. Риск хронификации суицидального поведения выше у лиц трудоспособного возраста, имеющих опыт употребления ПАВ, низкие социальный статус и достаток, безработных. **Выводы.** Лица из выделенных групп риска нуждаются в оказании своевременной медико-психосоциальной помощи, так как без лечения и психологической поддержки увеличивается риск хронификации суицидального поведения, нарастания симптомов депрессии и совершения законченного суицида. Хроническое суицидальное поведение требует активной междисциплинарной бригадной работы с пациентами на основе биопсихосоциальной модели уже на этапе первого поступления в стационар после суицидальной попытки. Важно учитывать специфику и особенности суицидального поведения, стили работы могут отличаться в зависимости от диагнозов, возраста и мотивов суицидального поведения.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, повторные суицидальные попытки, хроническое суицидальное поведение, пограничное расстройство личности, клинико-психологические факторы, социодемографические факторы.

**Для цитаты:** Суботич М.И. Клинико-психологические и социодемографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Том 31. № 1. С. 9—30. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310101>

# CLINICAL-PSYCHOLOGICAL AND SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR AND THE RISK OF ITS CHRONICITY: A REVIEW OF STUDIES

MARIA I. SUBOTICH

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>,

e-mail: [chernaya\\_masha@mail.ru](mailto:chernaya_masha@mail.ru)

**Relevance.** The article presents an overview of studies on clinical, psychological and socio-demographic factors of suicidal behavior and the risk of its chronicity. According to the WHO, 800,000 people die each year by suicide, and many others seek

help from medical centers after a suicide attempt. Suicide and suicide attempts are a medical, social and psychological problem. **Purpose of the study.** Evaluation of the role of various factors in the chronification of suicidal behavior and an increase in its risk. **Results.** According to numerous studies, most often repeated suicide attempts are made by people with borderline personality disorder and other personality disorders, often in combination with depressive and anxiety symptoms. The motives for suicide in this group of patients may be emotional regulation, coping with dissociation, stress, and more often do not contain the desire to die. This group of patients tend to self-cut in the limbs or attempt self-poisoning. A distinctive feature of suicide attempts in individuals with schizophrenia, severe depression and bipolar disorder is the intention to die, combined with more severe methods of self-harm, in contrast to patients with personality disorders. The risk of chronification of suicidal behavior is higher in people of working age who have experience in the use of psychoactive substances, low social status and wealth, and the unemployed. This group of patients needs to be provided with medical, psycho-social assistance, since without treatment and psychological support, the risk of chronification of suicidal behavior, an increase in symptoms of depression and the completion of suicide increases. **Conclusions.** Chronic suicidal behavior requires active interdisciplinary team work with patients based on a biopsychosocial model already at the stage of the first hospital admission after a suicide attempt. It is important to take into account the specifics and characteristics of suicidal behavior, work styles may differ depending on the diagnoses, age and motives of suicidal behavior.

**Keywords:** suicidal behavior, repeated suicide attempts, chronic suicidal behavior, borderline personality disorder, clinical and psychological factors, sociodemographic factors.

**For citation:** Subotich M.I. Clinical-Psychological and Socio-Demographic Factors of Suicidal Behavior and the Risk of its Chronicity: a Review of Studies. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2023. Vol. 31, no. 1, pp. 9–30. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2023310101> (In Russ.).

## Введение

Самоубийство и повторные суицидальные попытки являются проблемой общественного здравоохранения. По данным ВОЗ, 800 000 человек ежегодно умирают в результате самоубийства, и многие другие обращаются за помощью в медицинские центры после суицидальной попытки. Различные психические расстройства, суицидальная попытка в анамнезе, недавняя выписка из стационара а также злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами представляют собой предикторы хронического суицидального поведения [11]. Влияние экономических изменений, повышение стресса в связи с низким уровнем дохода, финансовыми проблемами, отсутствием работы и невозможностью получить своевременную медико-психологическую помощь являются

важными факторами хронического суицидального поведения [29; 38]. На каждое завершённое самоубийство приходится от восьми до двадцати пяти суицидальных попыток [6]. Неоднократные суицидальные попытки и самоповреждения приводят к хронификации и качественному утяжелению аутоагрессивного поведения с высокой вероятностью реалитизации опасных для жизни действий [2; 47]. Некоторые авторы характеризуют пациентов с хроническим суицидальным поведением как лиц, поступающих в медицинское учреждение после суицидальной попытки вскоре после недавнего аутоагрессивного действия. У данных пациентов зачастую имеются семейная история суицидов, химические зависимости, дисфункциональные копинг-стратегии, импульсивность и высокий риск завершённого самоубийства [47; 51]. Таким образом, хроническое суицидальное поведение можно определить как устойчивые повторяющиеся аутоагрессивные действия, выступающие в виде способов совладания с аффектом, сильными негативными эмоциями (такими как грусть, одиночество, гнев, недовольство собой, самоуничтожение), возникающие вследствие дефицита навыков переработки стресса и эмоциональной саморегуляции, а также отсутствия опыта надёжной привязанности в семье и социальной поддержки.

В последнее время отмечается сдвиг частоты самоубийств в сторону более молодых возрастных групп, попытки суицида совершают все большее количество лиц трудоспособного возраста. Оценка роли социально-психологических факторов в повышении риска суицидального поведения важна в целях планирования эффективных программ профилактики суицидов [19; 50].

### **Клинико-психологические факторы хронического суицидального поведения**

Психические расстройства рассматриваются как важный фактор хронического суицидального поведения. Обострение психического расстройства часто является причиной совершения как первичной попытки самоубийства, так и хронического суицидального поведения, особенно если сам пациент или окружающие его люди не понимают опасности, а пациент отказывается от посещения специалистов [40].

Расстройства настроения, невротические расстройства, связанные со стрессом, соматоформные расстройства, а также шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства являются основными предикторами совершения суицида. Однако характеристики суицидальных попыток (в частности их способы, причины и вероятность их повторения) различаются у данных групп риска [37].

Причины самоубийства у людей с диагнозами из группы психотических расстройств (F2) включают в себя ангедонию, тревожные и психотические симптомы, депрессию, возникшую в результате проблем в социальной жизни и социальной изоляции [5; 48]. Кроме того, даже если больные шизофренией сообщают другим о своем намерении совершить самоубийство, это часто игнорируется и воспринимается как часть их психического состояния. Способы самоповреждения у лиц, страдающих шизофренией, чаще носят более жестокий характер, зачастую ими используются такие методы, как самоутопление, прыжок с высоты, strangulationная асфиксия [57], на эту группу больных также приходится самая высокая доля законченных самоубийств среди людей, которые ранее предпринимали попытку суицида [20]. Следовательно, данные пациенты чаще совершают суицидальные попытки с намерением умереть, повторные аутоагрессивные действия носят все более жестокий характер. Причем, чем жестче способ суицида, тем выше вероятность того, что повторная суицидальная попытка будет завершённой.

Депрессия является одной из наиболее распространенных дезадаптирующих, смертельных, в связи с высоким риском самоубийств, форм психопатологии [3]. Лица, страдающие расстройствами настроения (F32), подвержены наиболее высокому риску совершения суицидальных попыток, в том числе повторных и неоднократных, однако стиль суицида также различается в зависимости от тяжести расстройства и его коморбидности с другими заболеваниями. Видение будущего в пессимистичных тонах и отсутствие веры в улучшение жизни, желание прекратить испытывать такие чувства, как безнадежность, одиночество, безвыходность, являются основными переживаниями и мотивами суицидальных попыток при депрессии [8; 45]. При тяжелых депрессиях, как и при рекуррентном депрессивном расстройстве, шизофрении и биполярном-аффективном расстройстве (БАР), повторные самоповреждения будут носить еще более тяжелый характер и значительно повышать риск летального исхода. Депрессивные расстройства оказывают особенно существенное влияние на риск самоубийства среди людей с предшествующим суицидальным поведением [50].

Пациенты с аффективными расстройствами (F32), коморбидными с расстройствами личности (F6) имели хотя и более низкий риск суицидов по сравнению с больными шизофренией (F2) и БАР (F31), но все же значительно повышенный риск самоубийства по сравнению с группой депрессивных больных без личностных расстройств [52]. Способы суицидальных попыток у данных пациентов менее жестокие и опасные (самопорезы конечностей или попытки самоотравления) по сравнению с пациентам с БАР и шизофренией. Однако при нарастании симптомов депрессии (усилении чувства безнадежности, социальной изоляции и

одиночества) у лиц с расстройствами личности при повторных суицидальных попытках самоповреждения могут видоизменяться и принимать более тяжелый характер [8].

Существует множество исследований, доказывающих, что хроническое суицидальное поведение свойственно лицам с расстройствами личности, особенно с пограничным расстройством личности (ПРЛ) [10; 41]. В отличие от пациентов с депрессией и шизофренией, где мотивы скорее являются способом выйти из ситуации безвыходности или являются частью бредового сценария, мотивы самоповреждений у лиц с ПРЛ разнообразны: способ регуляция эмоций, совладания с диссоциацией и потерей контроля, решения проблем в межличностных коммуникациях, поиск сильных ощущений [16].

Доказано, что неоднократные суицидальные попытки без намерения умереть чаще совершают лица с такими диагнозами, как расстройства личности, у которых аффективные и тревожные расстройства присоединяются позже. Снижение качества жизни, отсутствие навыков регуляции эмоций, трудности в межличностной коммуникации у данных пациентов зачастую приводят к нарастанию тревожной и депрессивной симптоматики и повышению рисков хронификации суицидального поведения.

Часто пациенты с тяжелыми личностными расстройствами не полностью осознают собственные мотивы, особенно когда они находятся в стрессовом состоянии. Неоднократные самоповреждения без намерения умереть могут перетекать в законченный суицид, или же самоповреждения могут внезапно оказаться настолько серьезными, что приведут к летальному исходу. Самоповреждение, как один из диагностических критериев, включено в описание только ПРЛ, однако пациенты с другими личностными расстройствами могут иметь такие личностные черты, как импульсивность, нестабильность, что может приводить к хроническому суицидальному поведению [15; 54].

По данным исследований, расстройства личности имеют биопсихосоциальную природу и могут возникать на фоне генетической предрасположенности в результате неблагоприятных влияний среды, в частности нарушений привязанности [53]. Темперамент, характеризующийся быстрым возбуждением и низким контролем негативного аффекта, может быть усилен нарушениями привязанности и привести к трудностям регуляции эмоций. Факторами риска неоднократных самоповреждений обычно является сексуальное насилие, жестокое обращение, пренебрежение, незащищенность, ненадежность в отношениях ребенка и объекта привязанности [22; 37].

В большинстве случаев неоднократные самоповреждения без намерения умереть при личностных расстройствах выполняют различные функции. Так, некоторые пациенты используют хроническое самопо-

вреждающее поведение как способ избавиться от тяжелых чувств или, напротив, пережить сильные и болезненные эмоции. Некоторые пациенты видят в неоднократных самоповреждениях способ вернуть ощущение реальности и справиться с диссоциацией. Другие, наоборот, используют аутоагрессивные действия как способ ухода от реальности, с которой им тяжело справиться, например, при конфликтах в межличностных отношениях [58; 60]. Низкая способность к саморегулированию приводит к сильному негативному аффекту. Нанесение самоповреждений в таком случае может дать ощущение контроля над внутренним состоянием и оказывать успокаивающее влияние.

Самонаказание — еще один мотив самоповреждающего поведения у пациентов с личностными расстройствами, которые часто сталкиваются с сильными чувствами самоунижения, ненависти к себе. Иногда неоднократное самоповреждающее поведение может выступать в виде способа воздействия на окружающих, они носят более импульсивный характер, характер «крика о помощи», и чаще такое поведение инициируется в межличностных конфликтах. Так, от 17 до 80% пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ) склонны к неоднократным суицидальным попыткам без намерения умереть; наиболее частым из них является самоповреждение путем порезов, самоотравлений или ожогов [56; 55]. Как было сказано выше, самоповреждения случаются чаще среди подростков и молодых людей и связаны со множеством психосоциальных проблем, накладывающихся на врожденную уязвимость [17; 61]. Коморбидность расстройств личности с другими психиатрическими диагнозами, такими как депрессия и тревожные расстройства, увеличивает риск совершения первичных и повторных суицидальных попыток [14; 31].

В связи с вышеперечисленными данными важно на основе биопсихосоциальной модели оказывать психиатрическую, психотерапевтическую и психологическую помощь лицам уже после первичной суицидальной попытки, однако способы и стили работы могут различаться в зависимости от диагноза и мотивов аутоагрессивного поведения.

### **Социодемографические факторы хронического суицидального поведения**

Роль таких факторов риска, как социальное положение, пол, образование, страна проживания и особенности ее культуры, является важной в популяционных эпидемиологических исследованиях. По данным ВОЗ, в 2019 году 700 тысяч человек покончили с собой. Каждая сотая смерть в мире — это результат самоубийства. В мире 78% всех завершенных самоубийств приходится на страны с низким и средним уровнем доходов.

При самоубийствах, в сравнении с другими причинами смерти, наибольшая доля (37%) суммарных потерь приходится на группу молодежи и молодых взрослых 20—29 лет, что составляет 27,5% трудоспособного населения и обуславливает необходимость анализа факторов суицидального поведения также в связи с большим экономическим ущербом вследствие ранней смертности и потерь продуктивных лет жизни [4].

В Европе было обнаружено, что самые высокие показатели были среди молодых людей в возрасте от 24 до 34 лет. Исследования в Пакистане показали, что 32 случая суицидальных попыток (44,4%) были в возрасте до 20 лет и 31 случай суицида (43,1%) в возрасте от 20 до 39 лет. Аналогичные данные получены в Египте, где большинство (48,0%) суицидальных смертей было в возрасте от 20 до 39 лет. Другое исследование, проведенное в Египте, показывает, что большинство суицидальных попыток (81,8%) было в возрасте 15—18 лет. Во Франции второй по значимости причиной смерти было самоубийство в возрасте от 15 до 24 лет. Данный сдвиг частоты самоубийств в сторону более молодых возрастных групп может быть следствием увеличения переживаний из-за образования, семейных проблем и высокой рабочей нагрузки в этой возрастной группе [43].

Низкий социальный достаток, отсутствие постоянного места жительства и безработица являются важными факторами суицидального поведения и его хронификации. Уровень самоубийств в три раза выше в сельской местности, чем в целом по стране, а также выше у безработных, чем у трудоустроенных [38]. Особое внимание в профилактике повторных суицидальных попыток необходимо уделять лицам, проживающим в странах с низким и средним уровнями доходов [9].

Индия и Китай по-прежнему сообщают о самом высоком числе смертей в результате самоубийств на основе самоотравления, повешения и самосожжения [44]. По данным ученых Англии, исследовавших суицидальный риск у бездомных, это прежде всего белые мужчины в возрасте до 54 лет, имевшие в анамнезе самоповреждения и опыт обращения в психиатрические службы. Риск повторных суицидальных попыток, как и риск летального исхода у данной группы пациентов, был выше, чем у лиц, имеющих постоянное место жительства [21]. Похожие данные были выявлены в Австралии, где в группу высокого суицидального риска входили мужчины, проживающие в одиночестве (разведенные, овдовевшие и те, кто никогда не состоял в браке) и безработные.

Более высокий риск суицида был выявлен у лиц с более низким уровнем дохода (разнорабочих, машинистов и водителей) по сравнению с людьми с более высоким уровнем дохода (менеджерами, специалистами) [30]. Безработица и низкий достаток являются факторами риска неоднократных суицидальных попыток. И у мужчин, и у женщин с повторными суицидальными попытками чаще преобладает начальное образование, и

они чаще страдают от нетрудоустроенности. Похожие данные получили американские ученые, сравнивая риск суицидальных попыток у лиц с высшим и средним образованием, а также с разным уровнем достатка. Они делают вывод, что высшее образование может быть защитным фактором суицидального поведения, в том числе из-за связанного с ним увеличения дохода [42].

Мужчины после повторной попытки суицида чаще живут с родительской семьей, а женщины — со своими детьми [44; 50]. Как у мужчин, так и у женщин безработица, выход на пенсию, одиночество являются факторами риска самоубийства. Профессиональные трудности, повышенная профессиональная нестабильность чаще повышают суицидальный риск у мужчин [26; 25].

Как видно, данные исследований указывают на необходимость оценки основных факторов риска и способов вмешательств для предотвращения самоубийств, как в странах с низким и средним уровнем доходов, так и у групп людей с низким доходом, проживающих в развитых странах [34].

Существует немало противоречий в исследованиях, имеющихся на сегодняшний день. Одни исследователи называют основными социодемографическими факторами риска повторных и неоднократных суицидальных попыток женский пол, средний возраст; другие авторы указывают мужской пол и пожилой возраст у женщин; некоторые авторы утверждают, что не существует различий между полами [35; 49]. Данное разнообразие показателей связано с тем, что авторы в основном опираются на данные скоропомощных и психиатрических больниц, куда попадают после самоповреждения пациенты, однако значительная часть пациентов могут не доходить до институтов скорой помощи.

Например, в некоторых исследованиях указано, что мужчины реже обращаются за помощью, не получают лечение, что может, с одной стороны, приводить к хронификации психических расстройств и суицидального поведения, а, с другой стороны, влиять на статистические показатели, так как в данном случае мужчины реже попадают в поле зрения специалистов [24]. Еще одной причиной может выступать пересечение понятий «преднамеренного, непреднамеренного самоповреждения», «попытка суицида», «self-harm», «парасуицид», которые достаточно сложно разделить на практике. Во врачебной практике принято говорить о «преднамеренном самоповреждении», однако из-за косвенной природы последствий самоповреждений незащищенные сексуальные контакты, поведение с высокой степенью риска (например, экстремальные формы скоростных спусков, нелегальные автогонки) или интоксикация психоактивными веществами не были включены в данную категорию, несмотря на возможное наличие тенденции к преднамеренному саморазрушению при всех этих формах поведения.

Некоторые авторы указывают на то, что неоднократные самоповреждения чаще наносят женщины, а повторные попытки суицида (с намерением умереть) — чаще у мужчин. Известно, что от самоубийств умирает гораздо больше мужчин, чем женщин [25; 39]. Следовательно, совершение повторной суицидальной попытки, самоповреждения без намерения умереть чаще может возникать у женщин, а повторной суицидальной попытки с намерением умереть и высоким летальным риском — у мужчин. По данным ученых из Нидерландов, основными факторами риска суицида являются: мужской пол, низкий уровень доходов, все формы безработицы и низкий уровень образования, одиночество, отсутствие семьи, опыт иммиграции. Напротив, защитными факторами являются наличие брака и детей в браке, отсутствие иммиграционного прошлого, высшее образование [8; 46].

Социально-экономические факторы риска суицида у мужчин и женщин могут различаться. Недавнее исследование выявило, что безработица, выход на пенсию, одиночество и длительное отсутствие на рабочем месте в связи с болезнью по-прежнему являются значительными факторами риска для мужчин, даже с учетом госпитализации в психиатрическую больницу. Для женщин не было классифицировано никаких существенных факторов риска, кроме психических заболеваний, в то время как наличие ребенка в возрасте до 2 лет снижало риск самоубийства [44].

Способ суицидальной попытки может различаться в зависимости от пола и намерения аутоагрессивного действия. Так, большинство авторов указывают на то, что мужчинам свойственно использовать более жесткие и агрессивные способы суицида. Как уже упоминалось, есть данные о том, что чем жестче способ суицида, тем выше вероятность того, что повторная суицидальная попытка будет завершённой. Тем временем женщины склонны наносить незначительные травмы [39]. Исследования, проводящиеся на подростковых группах, показывают, что молодые люди, употребляющие наркотические вещества, имеют более высокий риск совершения повторных и неоднократных суицидальных действий [13].

Следовательно, в отличие от самоубийств, риск повторных самоповреждений без намерения умереть обычно выше у женщин, чем у мужчин, за исключением подростков мужского пола, употребляющих наркотики. Причины самоповреждений у женщин без намерения умереть чаще являются способом сообщения о переживаемом стрессе [25].

Аффективные расстройства преобладают по сравнению с другими формами психической патологии среди самоубийств у обоих полов [20; 27]. Однако расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, как правило, чаще встречаются у мужчин-самоубийц [28]. Пациенты с шизофренией, совершающие суицидальные попытки, также преимущественно мужчины [22].

Расстройства пищевого поведения, особенно нервная анорексия, сопряжены с высоким риском самоубийства и неоднократными самоповреждениями и чаще выявляются у женщин [12; 23].

В то же время имеет место специфика влияния пола на риск суицида в разных странах. Так, исследование первичных и повторных суицидальных попыток в Индии не показали значительной разницы между мужчинами и женщинами, однако показали, что чаще всего самоубийства и неоднократные самоповреждения наносят люди трудоспособного возраста. К причинам суицидальных попыток в Индии относят: семейные проблемы и болезнь. К семейным проблемам часто относятся: необходимость получения одобрения семьи при выборе партнера, сложности при расторжении брака или невозможность вступить в брак (в соответствии с системой браков по договоренности в Индии) [59]. Отличительной особенностью суицидальных попыток у женщин Индии были такие причины самоубийств и самоповреждений, как: внебрачная беременность, внебрачные связи и другие конфликты, связанные с вопросом о браке. Частые суициды и семейные самоубийства в большей степени обусловлены социальными причинами и могут рассматриваться как протест против архаичных общественных норм и ожиданий [54]. Еще одним важным исключением является Китай с очень высокими показателями завершеного суицида среди женщин, особенно молодых женщин в сельских районах [18].

Фактор возраста также играет значительную роль. Исследования в развивающихся странах показывают в 2 раза более высокий риск не смертельного и смертельного повторного самоповреждения у мужчин по сравнению с женщинами, а также в 16 раз более высокий риск самоповреждения со смертельным исходом у людей в возрасте 56 лет и старше, по сравнению с людьми в возрасте 10—25 лет [30; 32]. При исследовании лиц с повторными суицидальными попытками путем самоотравления отмечают преобладание женщин молодого возраста (до 30 лет). Несмотря на то, что частые суицидальные попытки совершают лица более молодого возраста, люди пожилого возраста чаще имеют риск совершать повторные суицидальные попытки с намерением умереть, что увеличивает риск завершённых суицидальных попыток у данной группы лиц [7]. Пациенты среднего возраста более склонны к повторным неоднократным самоповреждениям (без намерения умереть).

По данным исследований [33; 36], у лиц моложе 60 лет отмечался катарсический эффект после совершения самоповреждений. У данной группы наблюдалось значительное снижение количества суицидальных мыслей после попытки самоубийства, однако этот эффект не прослеживался у лиц более пожилого возраста, старше 60 лет. Лица более пожилого возраста склонны чаще наносить повторные самоповреждения

с более тяжелым характером травмы и использовать высоклетальные методы (самоповешение или использование огнестрельного оружия).

Практически всеми исследователями отмечается, что риск летального исхода при суицидальной попытке в позднем возрасте существенно превышает таковой в любые другие возрастные периоды. Несмотря на то, что повторные суицидальные попытки чаще совершают молодые люди, вероятность летального исхода у пожилых людей выше, как в случае первичной, так и в случае повторной суицидальной попытки [28].

В отличие от суицидальных попыток в молодом возрасте, роль импульсивности в реализации суицидального замысла у пожилых значительно снижается, в то время как большее значение приобретают такие черты, как ригидность и закрытость для нового опыта [1]. Проживание в одиночестве также является важным предиктором «позднего» суицида, что подтверждается исследованиями пожилых людей в домах престарелых. Даже при полном отсутствии контактов с родственниками взаимодействие с персоналом и совместное проживание снижают риск самоубийства [4].

## Выводы

Хроническое суицидальное поведение — это устойчивые повторяющиеся аутоагрессивные действия, выступающие в виде способов совладания с аффектом, сильными негативными эмоциями (такими как грусть, одиночество, гнев, недовольство собой, самоуничужение), появившиеся в связи с дефицитом навыков совладания со стрессом и эмоциональной саморегуляции, отсутствием опыта в семье надежной привязанности, а также недостаточностью государственной социально-экономической поддержки.

*Клинико-психологическим фактором хронического суицидального поведения* является наличие таких диагнозов, как пограничное расстройство личности и другие личностные расстройства, часто сочетающиеся с депрессивной и тревожной симптоматикой. Данная группа пациентов склонна использовать менее опасные способы самоповреждения, такие как самопорезы в области конечностей, самоотравления или ожоги, по сравнению с пациентами, имеющими диагнозы шизофрения, БАР или тяжелую депрессию. Однако без лечения и психологической поддержки у данной группы пациентов повышаются риски хронификации суицидального поведения, нарастания симптомов депрессии и совершения законченного суицида. Мотивы самоповреждений у лиц с личностными расстройствами носят характер эмоциональной регуляции, способа воздействия на мир и окружающих или совладания с диссоциацией и

стрессом и чаще не содержат в себе желания умереть. Пациенты с такими диагнозами, как БАР, шизофрения и рекуррентная депрессия, склонны совершать повторные аутоагрессивные действия с намерением умереть и применяют высоколетальные способы самоповреждений. Вероятность совершения повторной завершённой суицидальной попытки у данных пациентов выше.

Социодемографическими факторами хронического суицидального поведения являются трудоспособный возраст, опыт употребления ПАВ, низкие социальный статус и достаток, безработица, национальные и религиозные особенности страны и трудности получения медико-психосоциальной помощи. Фактор пола играет разную роль в разных культурах. Мужчины чаще гибнут от суицидальных попыток (исключение — Китай, Индия), реже обращаются за помощью, и способы самоповреждения у мужчин носят более жестокий характер, чем у женщин. Женщины трудоспособного возраста и молодые мужчины, употребляющие ПАВ, чаще предпринимают неоднократные суицидальные попытки путем самопорезов конечностей и самоотравления без намерения умереть и имеют более высокий риск хронификации суицидального поведения. Лица более пожилого возраста склонны чаще наносить повторные самоповреждения с летальным исходом.

Низкий уровень достатка и низкий уровень образования, сложности в получении медико-психосоциальной помощи, а также национальные и религиозные правила являются фактором риска для развития хронического самоповреждающего поведения. Чувство одиночества, покинутости, отсутствие социальной поддержки, семьи, детей и супруга являются важными предикторами хронического суицидального поведения у всей группы пациентов независимо от пола, возраста и религии. Своего рода социальная неприспособленность может стать фактором риска повторных суицидальных попыток.

Хроническое суицидальное поведение связано со множеством факторов и требует активной междисциплинарной работы с пациентами на основе биопсихосоциальной модели. Данную работу необходимо начинать уже при поступлении пациентов в стационары после первичной или повторной суицидальной попытки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Зинчук М.С., Аведисова А.С., Жабин М.О., Гехт А.Б. Суицидальной в позднем возрасте: социокультурные и клинические факторы риска // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. № 118(7). С. 104—108.
2. Каневский В.И., Розанов В.А. Некоторые психологические факторы повторных суицидальных попыток // Суицидология. 2019. № 10 (2). С. 12—22. DOI:10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-12-22

3. Лоулор К.Э., Гудсон Д.Т., Хеффель Дж.Дж. Когнитивно-поведенческая терапия депрессии: руководство [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 2. С. 97—107. URL: [https://psyjournals.ru/psyclin/2022/n2/Lawlor\\_et\\_al.shtml](https://psyjournals.ru/psyclin/2022/n2/Lawlor_et_al.shtml) (дата обращения: 1.06.2022).
4. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Носова Е.С. Научная доказательность и экономическое обоснование предупреждения суицидов // Суицидология. 2019. № 2 (35). С. 23—31. DOI:10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-23-31
5. Рычкова О.В. Исследования социального познания при шизофрении // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 1. С. 63—89.
6. Семке В.Я. Истерические состояния: учебник. М.: Медицина; 1988. 224 с.
7. Соловьев А.Г., Попов В.В., Новикова И.А. Ранняя диагностика и профилактика психических расстройств в пожилом возрасте: учебно-методическое пособие. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2016. 160 с.
8. Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Том 24. № 3. С. 144—163. DOI:10.17759/cpp.2016240309
9. Черная М.И., Холмогорова А.Б., Зубарева О.В., Журавлева Т.В. Клинические и социально-психологические характеристики пациентов с суицидальными попытками // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Том 24. № 3. С. 69—88. DOI:10.17759/cpp.2016240305
10. The health impact of suicide and self-inflicted injuries in Australia (2019) [Электронный ресурс] // Australian Institute of Health and Welfare. 2021. URL: <https://www.aihw.gov.au/reports/burden-of-disease/health-impact-suicide-self-inflicted-injuries-2019/contents/about> (дата обращения: 21.02.2023).
11. Al-Humairi A.K., Kadhem Q.I., Abdullah S.J., Hussain A.M.A. Socio-demographic features and trends of suicide mortality in Babylon province, Irak // AVFT-Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 2020. Vol. 39 (5). P. 598—603. DOI:10.5281/zenodo.4264923
12. Berkelmans G., van der Mei R., Bhulai S. et al. Identifying socio-demographic risk factors for suicide using data on an individual level // BMC Public Health. 2021. № 21(1). P. 1—8. DOI:10.1186/s12889-021-11743-3
13. Bertolote J.M., Fleischmann A., De Leo D., et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study // Crisis. 2010. № 31(4). P. 194—201. DOI:10.1027/0027-5910/a000052
14. Birchall E., Perry I.J., Corcoran P., Daly C., Griffin E., The impact of guidance on the supply of codeine-containing products on their use in intentional drug overdose // European Journal of Public Health. 2021. № 31. P. 853—858. DOI:10.1093/eurpub/ckab082
15. Buelens T., Costantini G., Luyckx K., Claes L. Comorbidity Between Non-suicidal Self-Injury Disorder and Borderline Personality Disorder in Adolescents: A Graphical Network Approach // Front. Psychiatry. 2020. № 11. P. 1—12. DOI:10.3389/fpsy.2020.580922

16. Buelens T., Luycx K., Kiekens G., Gandhi A., Muehlenkamp J.J., Claes L. Investigating the DSM-5 criteria for non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adolescents // *Journal of Affective Disorders*. 2020. № 260. P. 314—22. DOI:10.1016/j.jad.2019.09.009
17. Cheng Y., Li X., Lou C., Sonenstein F.L., Kalamar A., Jejeebhoy S., Delany-Moretlwe S., Brahmhatt H., Olumide A.O., Ojengbede O. The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments // *Journal Adolesc Health*. 2014. № 55(6). P. 31—38. DOI:10.1016/j.jadohealth.2014.08.020
18. Chu, J., Lin, M., Akutsu, P. D., Joshi, S. V., Yang, L. H. Hidden suicidal ideation or intent among Asian American Pacific Islanders: A cultural phenomenon associated with greater suicide severity. 2018 // *Asian American Journal of Psychology*. № 9(4). P. 262 —269. DOI: 10.1037/aap0000134
19. Colle L., Hilviu D., Rossi R., Garbarini F. and Fossataro C. Self-Harming and Sense of Agency in Patients With Borderline Personality Disorder // *Front. Psychiatry*. 2020. № 11. P. 449. DOI:10.3389/fpsy.2020.00449
20. Crowell S., Derbidge C., Beauchaine T. Developmental approaches to understanding suicidal and self-injurious behaviors // *The Oxford handbook of suicide and self-injury* / Ed. M.K. Nock. Oxford University Press, 2014. P. 183—205.
21. Culatto P., Bojanic L., Appleby L., Turnbull P. Suicide by homeless patients in England and Wales: national clinical survey // *BJPsych Open*. 2021. Vol. 7(2). P. e65. DOI:10.1192/bjo.2021.2
22. De Hert M., McKenzie K., Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study // *Schizophrenia Research*. 2001. № 47(2—3). P. 127—34. DOI:10.1016/s0920-9964(00)00003-7
23. Ding O.J., Kennedy G.J. Understanding Vulnerability to Late-Life Suicide // *Current Psychiatry Reports*. 2021. № 23(9). P. 58. DOI:10.1007/s11920-021-01268-2
24. Docherty A.R., Shabalin A.A., DiBlasi E. et al. Genome-Wide Association Study of Suicide Death and Polygenic Prediction of Clinical Antecedents // *American Journal of Psychiatry*. 2020. №177(10). P. 917—927. DOI:10.1176/appi.ajp.2020.19101025
25. Fehling K.B., Selby E.A. Suicide in DSM-5: Current Evidence for the Proposed Suicide Behavior Disorder and Other Possible Improvements // *Front. Psychiatry*. 2021. № 4. P. 11. DOI:10.3389/fpsy.2020.499980
26. Gratz K.L. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review [Электронный ресурс] // *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003. № 10(2). P. 192—205. URL: <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022> (дата обращения: 01.01.2022)
27. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis // *British Journal of Psychiatry*. 1997. №170. P. 25—28. DOI:10.1192/bjp.170.3.205.
28. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour // *British Journal of Psychiatry*. 2000. № 177. P. 484—495. DOI:10.1192/bjp.177.6.484. PMID: 11102320.
29. Hawton K. Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention // *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2007. № 28. P. 4—9. DOI:10.1027/0227-5910.28.S1.4

30. *Hawton K., Bergen H., Cooper J., Turnbull P., Waters K., Ness J., Kapur N.* Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000—2012 // *Journal of Affective Disorders*. 2015. № 175. P. 147—151. DOI:10.1016/j.jad.2014.12.062
31. *Henriksson M.M., Aro H.M., Marttunen M.J., Heikkinen M.E., Isometsä E.T., Kuoppasalmi K.I., Lonnqvist J.K.* Mental disorders and comorbidity in suicide // *American Journal of Psychiatry*. 1993. №150(6). P. 935—540. DOI:10.1176/ajp.150.6.935
32. *Hepple J., Quinton C.* One hundred cases of attempted suicide in the elderly // *The British Journal of Psychiatry*. Royal College of Psychiatrists. 1997. №171(1). P. 42—46. DOI:10.1192/bjp.171.1.42
33. *Kaufman J.A., Livingston M.D., Komro K.A.* Unemployment insurance program accessibility and suicide rates in the United States // *Preventive Medicine*. 2020. № 141. P. 106. DOI:10.1016/j.ypmed.2020.106318
34. *Knipe D., Metcalfe C., Hawton K., Pearson M., Dawson A., Jayamanne S., Konradsen F., Eddleston M., Gunnell D.* Risk of suicide and repeat self-harm after hospital attendance for non-fatal self-harm in Sri Lanka: a cohort study // *The Lancet Psychiatry*. 2019. № 6(8). P. 659—666. DOI:10.1016/S2215-0366(19)30214-7
35. *Leske, S., Adam, G., Schrader, I. et al.* Suicide in Queensland: Annual Report [Электронный ресурс] // Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University. 2020. URL: [https://www.griffith.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0037/1498870/QSRAnnualReport2021.pdf](https://www.griffith.edu.au/__data/assets/pdf_file/0037/1498870/QSRAnnualReport2021.pdf) (дата обращения: 01.02.2022).
36. *Liu H.* Epidemiologic Characteristics and Trends of Fatal Suicides among the Elderly in Taiwan [Электронный ресурс] // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009. № 39(1). P. 103 —113. DOI:10.1521/suli.2009.39.1.103
37. *Matsuishi K., Kitamura N., Sato M. et al.* Change of suicidal ideation induced by suicide attempt // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005. № 59(5). P. 599—604. DOI:10.1111/j.1440-1819.2005.01421
38. *McDaid D., Brendan K.* An economic perspective on suicide across the five continents', in Danuta Wasserman, and Camilla Wasserman (eds) // *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. 2022. № 1. P. 409—420. DOI:10.1093/med/9780198570059.003.0049
39. *Michaud L., Brovelli S., Bourquin C.* Le paradoxe du genre dans le suicide : des pistes explicatives et pas mal d'incertitudes // *Revue médicale suisse*. 2021. № 17(744-2). P. 1265—1267.
40. *Miller I.W., Camargo C.A. Jr., Arias S.A. et al.* Boudreaux ED; ED-SAFE Investigators. Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study // *JAMA Psychiatry*. 2017. № 74(6). P. 63—570. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2017.0678
41. *Moirra M., Santomauro D., Degenhardt L. et al.* Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis // *Journal of Psychiatric Research*. 2021. № 137. P. 242—249. DOI:10.1016/j.jpsychires.2021.02.053
42. *Oexle N., Rüschi N.* Stigma — Risikofaktor und Konsequenz suizidalen Verhaltens: Implikationen für die Suizidprävention // *Der nervenarzt*. 2018. № 89(7). P. 779—783. DOI:10.1007/s00115-017-0450-8

43. *Olfson M., Wall M., Wang S. et al.* Suicide After Deliberate Self-Harm in Adolescents and Young Adults // *Pediatrics*. 2018. № 141(4). P. 2—10. DOI:10.1542/peds.2017—3517
44. *Otsuka K., Nakamura H., Kudo K. et al.* The characteristics of the suicide attempter according to the onset time of the suicidal ideation // *Ann Gen Psychiatry*. 2015. № 30. P. 1—5. DOI:10.1186/s12991-015-0087-6
45. *Peters E.M., Yates K., DeVlyder J. et al.* Understanding the inverse relationship between age and psychotic symptoms: The role of borderline personality traits // *Acta Psychiatr Scand*. 2022. № 12. DOI:10.1111/acps.13475
46. *Phillips J.A., Hempstead K.* Differences in US suicide rates by educational attainment // *American Journal of Preventive Medicine*. 2017. № 53(4). P. 123—130. DOI: 10.1016/j.amepre.2017.04.010
47. *Platt S., Bille-Brahe U., Kerkho A. et al.* Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989 // *Acta Psychiatr Scand*. 1992. № 85. P. 97—104
48. *Polewka A. Chrostek-Maj J. Kroch S.* Psychosocial aspects of the suicidal attempts of polish females // *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2001. № 3. P. 51—60.
49. *Qin P., Agerb, E., Westergård-Nielsen N. et al.* Gender differences in risk factors for suicide in Denmark // *British Journal of Psychiatry*. 2000. № 177(6). P. 546—550. DOI:10.1192/bjp.177.6.546
50. *Ramdurg S., Goyal S., Goyal P. et al.* Sociodemographic profile, clinical factors, and mode of attempt in suicide attempters in consultation liaison psychiatry in a tertiary care center // *Ind Psychiatry Journal*. 2011. № 20(1). P. 11—16. DOI:10.4103/0972-6748.98408
51. *Randall J.R., Sareen J., Chateau D., Bolton J.M.* Predicting Future Suicide: Clinician Opinion versus a Standardized Assessment Tool [Электронный ресурс] // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019. № 49(4). P. 941—951. DOI:10.1111/sltb.12481
52. *Reynolds P., Eaton P.* Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department // *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1986. № 31 (4). P. 328—330.
53. *Runeson B., Haglund A., Lichtenstein P., Tidemalm D.* Suicide risk after nonfatal self-harm: a national cohort study, 2000—2008 // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2016. № 77(2). P. 240—246. DOI:10.4088/JCP.14m09453
54. *Saab M.M., Murphy M., Meehan E. et al.* Suicide and Self-Harm Risk Assessment: A Systematic Review of Prospective Research // *Archives of Suicide Research*. 2021. № 1. P. 1—21. DOI:10.1080/13811118.2021.1938321
55. *Stiglmayr C.E., Shapiro D.A., Stieglitz R.D. et al.* Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder — a controlled study // *Journal of Psychiatric Research*. 2001. № 35. P. 111—118. DOI:10.1016/S0022-3956(01)00012-7
56. *Temes C.M., Frankenburg F.R., Fitzmaurice G.M., Zanarini M.C.* Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2019. № 80(1). P. 18. DOI:10.4088/jcp.18m12436

57. Tidemalm D., Långström N., Lichtenstein P., Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up // *The BMJ*. 2008. №18. P.337. DOI:10.1136/bmj.a2205
58. Urnes O. Selvskading og personlighetsforstyrrelser // *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009. № 129(9). P. 872. DOI:10.4045/tidsskr.08.0140
59. Vijayakumar L. Suicide and its prevention: The urgent need in India // *Indian Journal of Psychiatry*. 2007. № 49. P. 8—14.
60. Wedig M., Silverman M., Frankenburg F. et al. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up // *Psychological Medicine*. 2012. № 42(11). P. 2395—2404. DOI:10.1017/S0033291712000517
61. Yildiz M., Orak U., Walker M.H., Solakoglu O. Suicide contagion, gender, and suicide attempts among adolescents // *Death Studies*. 2019. № 43(6). P. 365—371. DOI:10.1080/07481187.2018.1478914

## REFERENCES

1. Zinchuk M.S., Avedisova A.S., Zhabin M.O., Gekht A.B. Suitsidal'noi v pozdnem vozraste: sotsiokul'tiurnye i klinicheskie faktory riska. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2018. № 118(7). pp. 104—111.
2. Kanevskii V.I., Rozanov V.A. Nekotorye psikhologicheskie faktory povtornykh suitsidal'nykh popytok. *Suitsidologiya*. 2019. № 10 (2). pp. 12—22. DOI:10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-12-22
3. Loulor K.E., Gudson D.T., Kheffel' Dzh.Dzh. Kognitivno-povedencheskaya terapiya depressii: rukovodstvo. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*. 2022. Tom 11. № 2. pp. 97—107. DOI:10.17759/cpse.2022110206
4. Lyubov E.B., Zotov P.B., Nosova E.S. Nauchnaya dokazatel'nost' i ekonomicheskoe obosnovanie preduprezhdeniya suitsidov. *Suitsidologiya*. 2019. № 2 (35). pp. 23—31. DOI:10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-23-31
5. Rychkova O.V. Issledovaniya sotsial'nogo poznaniya pri shizofrenii. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2013. Tom 21. № 1. pp. 63—89.
6. Semke V.Ya. Istericheskie sostoyaniya: Uchebnik. M.: Meditsina, 1988. 224 p.
7. Solov'ev A.G., Popov V.V., Novikova I.A. Rannaya diagnostika i profilaktika psikhicheskikh rasstroystv v pozhilom vozraste: Uchebno-metodicheskoe posobie. Arkhangel'sk: Severnyi gosudarstvennyi meditsinskii universitet, 2016. 160 p.
8. Kholmogorova A.B. Suitsidal'noe povedenie: teoreticheskaya model' i praktika pomoshchi v kognitivno-bikhevioral'noi terapii. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2016. Tom 24. № 3. pp. 144—163. DOI:10.17759/cpp.2016240309
9. Chernaya M.I., Kholmogorova A.B., Zubareva O.V., Zhuravleva T.V. Klinicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie kharakteristiki patsientov s suitsidal'nymi popytkami. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. 2016. Tom 24. № 3. pp. 69—88. DOI:10.17759/cpp.2016240305
10. The health impact of suicide and self-inflicted injuries in Australia (2019) [Elektronnyi resurs]. Australian Institute of Health and Welfare. 2021. URL: <https://www.aihw.gov.au/reports/burden-of-disease/health-impact-suicide-self-inflicted-injuries-2019/contents/about> (data obrashcheniya: 21.02.2023).

11. Al-Humairi A.K., Kadhem Q.I., Abdullah S.J., Hussain A.MA. Socio-demographic features and trends of suicide mortality in Babylon province, Irak. *AVFT-Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2020. Vol.39 (5). pp. 598—603. DOI:10.5281/zenodo.4264923
12. Berkelmans G., van der Mei R., Bhula, S. Gilissen R. Identifying socio-demographic risk factors for suicide using data on an individual level. *BMC Public Health*. 2021. Vol. 21(1). pp. 1—8. DOI:10.1186/s12889-021-11743-3
13. Bertolote J.M., Fleischmann A., De Leo D. et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis*. 2010. Vol. 31(4). pp. 194—201. DOI:10.1027/0027-5910/a000052
14. Birchall E., Perry I.J., Corcoran P. et al. The impact of guidance on the supply of codeine-containing products on their use in intentional drug overdose. *Eur J Public Health*. 2021. Vol. 31. pp. 853—858. DOI:10.1093/eurpub/ckab082
15. Buelens T., Costantini G., Luyckx K., Claes L. Comorbidity Between Non-suicidal Self-Injury Disorder and Borderline Personality Disorder in Adolescents: A Graphical Network Approach. *Front Psychiatry*. 2020. Vol. 11. p. 580922. DOI:10.3389/fpsyt.2020.580922
16. Buelens T., Luyckx K., Kiekens G., et al. Investigating the DSM-5 criteria for non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adolescents. *J Affect Disord*. 2020. Vol. 260. pp. 314—322. DOI:10.1016/j.jad.2019.09.009
17. Cheng Y., Li X., Lou C. et al. The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments. *J Adolesc Health*. 2014. Vol. 55 (6 Suppl). pp. 31—38. DOI:10.1016/j.jadohealth.2014.08.020
18. Chu J., Lin M., Akutsu P.D. et al. Hidden suicidal ideation or intent among Asian American Pacific Islanders: A cultural phenomenon associated with greater suicide severity. *Asian Am J Psychol*. 2018. Vol. 9 (4). pp. 262—269. DOI:10.1037/aap0000134
19. Colle L., Hilviu D., Rossi R. et al. Self-Harming and Sense of Agency in Patients With Borderline Personality Disorder. *Front Psychiatry*. 2020. Vol. 11. 449 p. DOI:10.3389/fpsyt.2020.00449
20. Crowell S., Derbidge C., Beauchaine T. Developmental approaches to understanding suicidal and self-injurious behaviors. The Oxford handbook of suicide and self-injury / Ed. M.K. Nock. Oxford University Press, 2014. pp. 183—205. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195388565.013.0001>
21. Culatto P., Bojanic L., Appleby L., Turnbull P. Suicide by homeless patients in England and Wales: national clinical survey. *BJPsych Open*. 2021. Vol. 7(2). P. e65. DOI:10.1192/bjo.2021.2
22. De Hert M., McKenzie K., Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophrenia Research*. 2001. Vol. 47 (2—3). pp. 127—134. DOI:10.1016/s0920-9964(00)00003-7
23. Ding O.J., Kennedy G.J. Understanding Vulnerability to Late-Life Suicide. *Curr Psychiatry Rep*. 2021. Vol. 23 (9). 58 p. DOI:10.1007/s11920-021-01268-2
24. Docherty A.R., Shabalin A.A., DiBlasi E. et al. Genome-Wide Association Study of Suicide Death and Polygenic Prediction of Clinical Antecedents. *Am J Psychiatry*. 2020. Vol. 177(10). pp. 917—927. DOI:10.1176/appi.ajp.2020.19101025

25. Fehling K.B., Selby E.A. Suicide in DSM-5: Current Evidence for the Proposed Suicide Behavior Disorder and Other Possible Improvements. *Front Psychiatry*. 2021. Vol. 11. p. 499980. DOI:10.3389/fpsy.2020.499980
26. Gratz K.L. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clin Psychol: Science Pract*. 2003. Vol. 10 (2). pp. 192—205. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>
27. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997. Vol. 170. pp. 205—208. DOI:10.1192/bjp.170.3.205
28. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 2000. Vol. 177. pp. 484—485. DOI:10.1192/bjp.177.6.484
29. Hawton K. Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *J Crisis Intervent Suicide Prevent*. 2007. Vol. 28 (Suppl 1). pp. 4—9. DOI:10.1027/0227-5910.28.S1.4
30. Hawton K., Bergen H., Cooper J. et al. Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *J Affect Disord*. 2015. Vol. 175. pp. 147—151. DOI:10.1016/j.jad.2014.12.062
31. Henriksson M.M., Aro H.M., Marttunen M.J. et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*. 1993. Vol. 150(6). pp. 935—940. DOI:10.1176/ajp.150.6.935
32. Hepple J., Quinton C. One hundred cases of attempted suicide in the elderly. *Br J Psychiatry*. 1997. Vol. 171. pp. 42—46. DOI:10.1192/bjp.171.1.42
33. Kaufman J.A., Livingston M.D., Komro K.A. Unemployment insurance program accessibility and suicide rates in the United States. *Prev Med*. 2020. Vol. 141. p. 106318. DOI:10.1016/j.ypmed.2020.106318
34. Knipe D., Metcalfe C., Hawton K. et al. Risk of suicide and repeat self-harm after hospital attendance for non-fatal self-harm in Sri Lanka: a cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2019. Vol. 6 (8). pp. 659—666. DOI:10.1016/S2215-0366(19)30214-7
35. Lesk S., Adam G., Schrader I. et al. Suicide in Queensland: Annual Report [Elektronnyi resurs]. Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University. 2020. URL: [https://www.griffith.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0037/1498870/QSRAnnualReport2021.pdf](https://www.griffith.edu.au/__data/assets/pdf_file/0037/1498870/QSRAnnualReport2021.pdf) (data obrashcheniya: 21.02.2023).
36. Liu H. Epidemiologic Characteristics and Trends of Fatal Suicides among the Elderly in Taiwan. *Suicide Life-Threat Behav*. 2009. Vol. 39 (1). pp. 103—113. DOI:10.1521/suli.2009.39.1.103
37. Matsuiishi K., Kitamura N., Sato M. et al. Change of suicidal ideation induced by suicide attempt. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005. Vol. 59 (5). pp. 599—604. DOI:10.1111/j.1440-1819.2005.01421
38. McDaid D., Brendan K. An economic perspective on suicide across the five continents. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention / Eds. D. Wasserman, C. Wasserman. 2022. Vol. 1. pp. 409—420. DOI:10.1093/med/9780198570059.003.0049
39. Michaud L., Brovelli S., Bourquin C. Le paradoxe du genre dans le suicide : des pistes explicatives et pas mal d'incertitudes. *Revue médicale suisse*. 2021. Vol. 17 (744-2). pp. 1265—1267. DOI:10.53738/REVMED.2021.17.7442.1265
40. Miller I.W., Camargo C.A. Jr., Arias S.A. et al. Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry*. 2017. Vol. 74 (6). pp. 563—570. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2017.0678

41. Moitra M., Santomauro D., Degenhardt L. et al. Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis. *J Psychiatr Res*. 2021. Vol. 137. pp. 242—249. DOI:10.1016/j.jpsychires.2021.02.053
42. Oexle N., Rüsч N. Stigma — Risikofaktor und Konsequenz suicidalen Verhaltens: Implikationen für die Suizidprävention. *Nervenarzt*. 2018. Vol. 89 (7). pp. 779—783. DOI:10.1007/s00115-017-0450-8
43. Olfson M., Wall M., Wang S. et al. Suicide After Deliberate Self-Harm in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*. 2018. Vol.141 (4). p. e20173517. DOI:10.1542/peds.2017-3517
44. Otsuka K., Nakamura H., Kudo K. et al. The characteristics of the suicide attempter according to the onset time of the suicidal ideation. *Ann Gen Psychiatry*. 2015. Vol. 14. 48 p. DOI:10.1186/s12991-015-0087-6
45. Peters E.M., Yates K., DeVlylder J. et al. Understanding the inverse relationship between age and psychotic symptoms: The role of borderline personality traits. *Acta Psychiatr Scand*. 2022. Vol.146. pp. 484—491. DOI:10.1111/acps.13475
46. Phillips J.A., Hempstead K. Differences in US suicide rates by educational attainment. *Am J Prev Med*. 2017. Vol. 53 (4). pp. e123—e130. DOI:10.1016/j.amepre.2017.04.010
47. Platt S., Bille-Brahe U., Kerkho A. et al. Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand*. 1992. Vol. 85 (2). pp. 97—104. DOI:10.1111/j.1600-0447.1992.tb01451.x
48. Polewka A. Chrostek-Maj J. Kroch S. Psychosocial aspects of the suicidal attempts of polish females. *Arch Psychiatr Psychother*. 2001. Vol. 3 (2). pp. 51—60.
49. Qin P., Agerb, E., Westerg rd-Nielsen N. et al. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*. 2000. Vol. 177 (6). pp. 546—550. DOI:10.1192/bjp.177.6.546
50. Ramdurg S., Goyal S., Goyal P. et al. Sociodemographic profile, clinical factors, and mode of attempt in suicide attempters in consultation liaison psychiatry in a tertiary care center. *Ind Psychiatry J*. 2011. Vol. 20 (1). pp. 11—16. DOI:10.4103/0972-6748.98408
51. Randall J.R., Sareen J., Chateau D., Bolton J.M. Predicting Future Suicide: Clinician Opinion versus a Standardized Assessment Tool. *Suicide Life-Threatening Behavior*. 2019. Vol. 49(4). pp. 941—951. DOI:10.1111/sltb.12481
52. Reynolds P., Eaton P. Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department. *Can J Psychiatry*. 1986. Vol. 31 (4). pp. 328—330. DOI:10.1177/070674378603100408
53. Runeson B., Haglund A., Lichtenstein P., Tidemalm D. Suicide risk after nonfatal self-harm: a national cohort study, 2000-2008. *J Clin Psychiatry*. 2016. Vol. 77 (2). pp. 240—246. DOI:10.4088/JCP.14m09453
54. Saab M.M., Murphy M., Meehan E. et al. Suicide and Self-Harm Risk Assessment: A Systematic Review of Prospective Research. *Arch Suicide Res*. 2021. Vol.26 (4). pp. 1645—1665. DOI:10.1080/13811118.2021.1938321
55. Stiglmayr C.E., Shapiro D.A., Stieglitz R.D. et al. Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder — a

- controlled study. *J Psychiatr Res.* 2001. Vol. 35 (2). pp. 111—118. DOI:10.1016/S0022-3956(01)00012-7
56. Temes C.M., Frankenburg F.R., Fitzmaurice G.M., Zanarini M.C. Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up. *J Clin Psychiatry.* 2019. Vol. 80 (1). p. 18m12436. DOI:10.4088/jcp.18m12436
57. Tidemalm D., Långström N., Lichtenstein P., Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ.* 2008. Vol. 337. p. a2205. DOI:10.1136/bmj.a2205
58. Urnes O. Selskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2009. Vol. 129(9). P. 872. DOI:10.4045/tidsskr.08.0140
59. Vijayakumar L. Suicide and its prevention: The urgent need in India. *Indian J Psychiatry.* 2007. Vol. 49 (2). pp. 8—14. DOI:10.4103/0019-5545.33252
60. Wedig M., Silverman M., Frankenburg F. et al. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychological Medicine.* 2012. Vol. 42 (11). pp. 2395—2404. DOI:10.1017/S0033291712000517
61. Yıldız M., Orak U., Walker M.H., Solakoglu O. Suicide contagion, gender, and suicide attempts among adolescents. *Death Stud.* 2019. Vol. 43 (6). pp. 365—371. DOI:10.1080/07481187.2018.1478914

#### **Информация об авторах**

Суботич Мария Игоревна, младший научный сотрудник отделения кризисных состояний и психосоматических расстройств, НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>, e-mail: [chernaya\\_masha@mail.ru](mailto:chernaya_masha@mail.ru)

#### **Information about the authors**

Subotich Maria Igorevna, Junior Researcher, Department of Crisis Conditions and Psychosomatic Disorders N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>, e-mail: [chernaya\\_masha@mail.ru](mailto:chernaya_masha@mail.ru)

Получена 10.11.2022

Received 10.11.2022

Принята в печать 01.03.2023

Accepted 01.03.2023