

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

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов

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

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

Е.Б. Lyubov, P.B. Zotov

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

Сведения об авторах:

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

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: директор Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии». Адрес: Россия, 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 20-16-70, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Information about the author:

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

Zotov Pavel Borisovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Place of work and position: Director of the Institute of Clinical Medicine, Tyumen State Medical University. Address: 54 Odesskaya str., Tyumen, 625023, Russia; Head of the Siberian School of Preventive Suicidology and Deviantology. Address: 67 Minskaya str., bild. 1, office 102, Tyumen, 625027, Russia. Phone: +7 (3452) 270-510, email: note72@yandex.ru

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

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

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

К. Юнг

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

K. Jung

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

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

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

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

Задачи:

- 1) оценить распространённость суицидальных мыслей, попыток и суицидов пациентов с РД по сравнению с поддающимся терапии ДР (нДР);
- 2) выделить факторы риска СП;
- 3) описать клиническую картину суицидогенной РД±СП;
- 4) уточнить социально-экономические последствия РД±СП;
- 5) наметить план дальнейших исследований;
- 6) указать их ограничения.

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

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

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

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

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

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

Tasks:

- 1) to assess the prevalence of suicidal thoughts, attempts and suicides among patients with TRD in comparison with treatable DD (tDD);
- 2) identify risk factors for SB;
- 3) describe the clinical picture of suicidogenic TRD±SB;
- 4) clarify the socio-economic consequences of TRD ± SB;
- 5) outline a plan for further research;
- 6) indicate their limitations.

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

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

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

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

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

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

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

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

Факторы риска

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

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

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

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

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

Risk factors

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Бремя РД±СП: медицинские затраты.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Burden of TRD+SB: medical costs.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

vice versa.

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

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

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

Таблица / Table 1

Суицидальные депрессии
Suicidal depression

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Выводы

РД остаётся актуальной научно-практической проблемой как неудовлетворённая потребность

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

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

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

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

Conclusions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Литература / References:

1. Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство. Клинические рекомендации РФ, 2024. [A depressive episode. Recurrent depressive disorder. Clinical guidelines of the Russian Federation, 2024.] (In Russ)
2. Gaynes BN, Lux L, Gartlehner G, et al. Defining treatment-resistant depression. *Depress Anxiety*. 2020; 37: 134-145. DOI: 10.1002/da.22968
3. McIntyre RS, Alsuwaidan M, Baune BT, et al. Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry*. 2023; 22 (3): 394-412. DOI: 10.1002/wps.21120. PMID: 37713549. PMCID: PMC10503923.
4. McAllister-Williams RH, Arango C, Blier P, et al. The identification, assessment and management of difficult-to-treat depression: An international consensus statement. *J. Affect. Disord*. 2020; 267: 264-282. DOI: 10.1016/j.jad.2020.02.023. PMID: 32217227.
5. Paganin W, Signorini S, Sciarretta A. Difficult-to-treat depression. Scoping review. *Clin. Neuropsychiatry*. 2023; 20 (3): 173-182. DOI: 10.36131/cnfliortieditore20230302. PMID: 37522111. PMCID: PMC10375274.
6. WHO. Depression, 2021. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>
7. Adekanlatu P, Olfson M, Susser LC, et al. Comorbidity and healthcare utilization in patients with treatment resistant depression: A large-scale retrospective cohort analysis using electronic health records. *J. Affect. Disord*. 2023; 324: 102-113. DOI: 10.1016/j.jad.2022.12.044. PMID: 36529406. PMCID: PMC10327872.
8. Keller MB, Shapiro RW, Lavori PW, Wolfe N. Relapse in major depressive disorder: analysis with the life table. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1982; 39 (8): 911-915. DOI: 10.1001/archpsyc.1982.04290080031005.
9. Gustafsson TT, Taipale H, Lähteenvuori M, et al. Cause-specific mortality in treatment-resistant major depression: Population-based cohort study. *J Affect Disord*. 2025; 368: 136-142. DOI: 10.1016/j.jad.2024.09.064. PMID: 39271071.
10. Lundberg J, Cars T, Lööv SÅ, et al. Association of treatment-resistant depression with patient outcomes and health care resource utilization in a population-wide study.

- JAMA Psychiatry*. 2023; 80 (2): 167–175. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.3860. PMID: 36515938. PMCID: PMC9856735.
11. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am. J. Psychiatry*. 2006; 163 (11): 1905–1917. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.11.1905. PMID: 17074942.
12. Любов Е.Б., Сахаров А.В., Яхьяева П.К. и соавт. Клинико-эпидемиологическое исследование больных резистентной депрессией с суицидальным риском: предварительные результаты. *Академический журнал Западной Сибири*. 2022; 18 (1): 30–34. [Lyubov EB, Sakharov AV, Yakhyaeva PK et al. Clinical and epidemiological study of patients with resistant depression with suicidal risk: preliminary results. *Academic Journal of West = Akademicheskii zhurnal Zapadnoï Sibiri Siberia*. 2022; 18 (1): 30–34.] (In Russ)
13. Borentain S, Nash AI, Dayal R, Dibernardo A. Patient-reported outcomes in major depressive disorder with suicidal ideation: A real-world data analysis using PatientsLikeMe platform. *BMC Psychiatry [Electronic Resource]*. 2020; 20 (1): 384. DOI: 10.1186/s12888-020-02758-y
14. Nock MK, Hwang I, Sampson N, et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO world mental health surveys. *PLoS Med*. 2009; 6 (8): e1000123. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000123
15. Reutfors J, Andersson TM, Tanskanen A, et al. Risk Factors for suicide and suicide attempts among patients with treatment-resistant depression: nested case-control study. *Arch. Suicide Res*. 2021; 25 (3): 424–438. DOI: 10.1080/13811118.2019.1691692. PMID: 31774374.
16. Cai H, Xie X-M, Zhang Q, et al. Prevalence of suicidality in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Front. Psychiatry*. 2021; 12: 690130. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.690130
17. Kern DM, Canuso CM, Daly E, et al. Suicide-specific mortality among patients with treatment-resistant major depressive disorder, major depressive disorder with prior suicidal ideation or suicide attempts, or major depressive disorder alone. *Brain Behav*. 2023; 13 (8): e3171. DOI: 10.1002/brb3.3171. PMID: 37475597. PMCID: PMC10454258.
18. Mrazek DA, Hornberger JC, Altar CA, Degtiar I. A review of the clinical, economic, and societal burden of treatment-resistant depression: 1996–2013. *Psychiatr. Serv*. 2014; 65 (8): 977–987. DOI: 10.1176/appi.ps.201300059. PMID: 24789696.
19. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро, 2014. [Suicide prevention: a global imperative. The World Health Organization. Regional Office for Europe, 2014.] (In Russ) <https://iris.who.int/handle/10665/152893>
20. Brenner P, Reutfors J, Nijs M, Andersson TM. Excess deaths in treatment-resistant depression. *Ther. Adv. Psychopharmacol*. 2021; 11: 20451253211006508. DOI: 10.1177/20451253211006508. PMID: 33912340. PMCID: PMC8047832.
21. Bergfeld IO, Mantione M, Figee M, et al. Treatment-resistant depression and suicidality. *J. Affect. Disord*. 2018; 235: 362–367. DOI: 10.1016/j.jad.2018.04.016. PMID: 29665520.
22. Civardi SC, Besana F, Carnevale Miacca G, et al. Risk factors for suicidal attempts in a sample of outpatients with treatment-resistant depression: an observational study. *Front Psychiatry*. 2024; 15: 1371139. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1371139. PMID: 38585482. PMCID: PMC10995380.
23. Buoli M, Capuzzi E, Caldiroli A, et al. Clinical and biological factors are associated with treatment-resistant depression. *Behav Sci (Basel)*. 2022; 12: 34. DOI: 10.3390/bs12020034
24. May AM, Klonsky ED, Klein DN. Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study. *J. Psychiatr Res*. 2012; 46: 946–952. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.04.009
25. Любов Е.Б., Саркисян Г.Р. Депрессивные расстройства: фармакоэпидемиологические и клинико-экономические аспекты. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2006; 16 (2): 93–102. [Lyubov E, Sarkisyan GR. Depressive disorders: pharmacoepidemiological and clinical and economic aspects. *Social and clinical psychiatry*. 2006; 16 (2): 93–102.] (In Russ)
26. Jensen KJ, Gronemann FH, Ankarfeldt MZ, et al. Healthcare resource utilization in patients with treatment-resistant depression-A Danish national registry study. *PLoS One*. 2022; 17 (9): e0275299. DOI: 10.1371/journal.pone.0275299. PMID: 36166443.
27. Gronemann FH, Jørgensen MB, Nordentoft M, et al. Treatment-resistant depression and risk of all-cause mortality and suicidality in Danish patients with major depression. *J. Psychiatr Res*. 2021; 135: 197–202. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.01.014
28. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *Br. J. Psychiatry*. 2018; 212 (5): 279–286. DOI: 10.1192/bjp.2018.27
29. Pham TTH, Wu CY, Lee MB, et al. Suicidality trajectory, hopelessness, resilience, and self-efficacy among patients with treatment-resistant depression in Vietnam. *J. Nurs. Res*. 2024; 32 (5): e350. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000630. PMID: 39514778. PMID: 39514778.
30. Finney Rutten LJ, Hesse BW, St Sauver JL, et al. Health self-efficacy among populations with multiple chronic conditions: the value of patient-centered communication. *Adv. Ther*. 2016; 33 (8): 1440–1451. DOI: 10.1007/s12325-016-0369-7. PMID: 27357639. PMCID: PMC4969324.
31. Isaac V, Wu C-Y, McLachlan CS, Lee M-B. Associations between health-related self-efficacy and suicidality. *BMC Psychiatry*. 2018; 18 (1): 126. DOI: 10.1186/s12888-018-1705-z
32. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol. Rev*. 2010; 117 (2): 575–600. DOI: 10.1037/a0018697. PMID: 20438238.
33. Fawcett J, Busch KA, Jacobs D, et al. Major Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model. *Ann. NY Acad. Sci*. 1997; 836: 288–301. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1997.tb52366.x
34. Malhi GS, Parker GB, Crawford J, et al. Treatment-resistant depression: resistant to definition? *Acta Psychiatrica Scand*. 2005; 112 (4): 302–309. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00602.x
35. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol. Bull*. 2017; 143 (2): 187–232. DOI: 10.1037/bul0000084. PMID: 27841450

36. Hawton K, Casanas ICC, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J. Affect. Disord.* 2013; 147: 17–28. DOI: 10.1016/j.jad.2013.01.004. PMID: 23411024.
37. McGinty EE, Presskreischer R, Han H, Barry CL. Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and April 2020. *JAMA.* 2020; 324: 93–94. PMID: 32492088. PMCID: PMC: 7270868.
38. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, et al. Association between mental disorders and subsequent medical conditions. *N. Engl. J. Med.* 2020; 382 (18): 1721–31. DOI: 10.1056/NEJMoA1915784. PMID: 32348643. PMCID: PMC7261506.
39. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *Am. J. Psychiatry.* 2016; 173: 1094–1100. DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.15070854
40. Simon GE, Johnson E, Lawrence JM, et al. Predicting suicide attempts and suicide deaths following outpatient visits using electronic health records. *Am. J. Psychiatry.* 2018; 175 (10): 951–960. DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.17101167
41. Major Depression. National Institute of Mental Health. 2019. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtm>
42. Santomauro DF, Vos T, Whiteford HA, et al. Service coverage for major depressive disorder: estimated rates of minimally adequate treatment for 204 countries and territories in 2021. *Lancet Psychiatry.* 2024; 11 (12): 1012–1021. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00317-1 PMID: 39572105. PMCID: PMC11579305.
43. Sharman Moser S, Chodick G, Gelerstein S, et al. Epidemiology of treatment resistant depression among major depressive disorder patients in Israel. *BMC Psychiatry.* 2022; 22 (1): 541. DOI: 10.1186/s12888-022-04184-8. PMID: 35948895. PMCID: PMC9367052.
44. Cepeda MS, Schuemie M, Kern DM, et al. Frequency of rehospitalization after hospitalization for suicidal ideation or suicidal behavior in patients with depression. *Psychiatry Res.* 2020; 285: 112810. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112810. PMID: 32062326.
45. National Center for Health Statistics. NCHS - Leading Causes of Death: United States. National Center for Health Statistics, 2023.
46. Zalpuri I, Rothschild AJ Does psychosis increase the risk of suicide in patients with major depression? A systematic review. *J. Affect. Disord.* 2016; 198: 23–31. DOI: 10.1016/j.jad.2016.03.035
47. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Чапурин С.А., Чурилин Ю.Ю. Стоймой анализ ДР в отечественных психиатрических службах. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2010; 3: 77–82. [Gurovich IYa, Lyubov EB, Chapurin SA, Churilin YuYu. Cost analysis of DR in domestic psychiatric services. *Journal of Neurology and Psychiatry named after C.C. Korsakov.* 2010; 3: 77–82.] (In Russ)
48. Crown WH, Finkelstein S, Berndt ER, et al. The impact of treatment-resistant depression on health care utilization and costs. *J. Clin. Psychiatry.* 2002; 63 (11): 963–971. DOI: 10.4088/jcp.v63n1102. PMID: 12444808.
49. Baig-Ward KM, Jha MK, Trivedi MH. The individual and societal burden of treatment-resistant depression: an overview. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 2023; 46 (2): 211–216. DOI: 10.1016/j.psc.2023.02.001. PMID: 37149341. PMCID: PMC11008705.
50. Bang Madsen K, Vogdrup Petersen L, Plana-Ripoll O, et al. Early labor force exits in patients with treatment-resistant depression: an assessment of work years lost in a Danish nationwide register-based cohort study. *Ther. Adv. Psychopharmacol.* 2020; 10: 2045125320973791. DOI: 10.1177/2045125320973791. PMID: 33282176.
51. Zhdanava M, Pilon D, Ghelerter I, et al. The prevalence and national burden of treatment-resistant depression and major depressive disorder in the United States. *J. Clin. Psychiatry.* 2021; 82 (2): 20m13699. DOI: 10.4088/JCP.20m13699. PMID: 33989464.
52. Huang PTT, Wu C-Y, Lee M-B, Chen I-M. Associations of suicide risk and community integration among patients with treatment-resistant depression. *Front. Psychiatry.* 2022; 13: 806291. DOI: 10.3389/fpsy.2022.806291. PMID: 35308876. PMCID: PMC8924132.
53. Li G, Fife D, Wang G, et al. All-cause mortality in patients with treatment-resistant depression: A cohort study in the US population. *Ann. Gen. Psychiatry.* 2019; 18: 23. DOI: 10.1186/s12991-019-0248-0
54. Madsen KB, Plana-Ripoll O, Musliner KL, et al. Cause-specific life years lost in individuals with treatment-resistant depression: A Danish nationwide register-based cohort study. *J. Affect. Disord.* 2021; 280 (Pt A): 250–257. DOI: 10.1016/j.jad.2020.11.042. PMID: 33220561.
55. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.В. Социально-экономическое бремя суицидальной смертности в России. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2013; 23 (2): 38–44. [Lyubov EB, Morev MV, Falaleeva OV. Socio-economic burden of suicidal mortality in Russia. *Social and clinical psychiatry.* 2013; 23 (2): 38–44.] (In Russ)
56. Corral R, Alessandria H, Agudelo Baena LM, et al. Suicidality and quality of life in treatment-resistant depression patients in Latin America: secondary interim analysis of the TRAL study. *Front. Psychiatry.* 2022; 13: 812938. DOI: 10.3389/fpsy.2022.812938
57. Jaffe DH, Rive B, Deney TR. The humanistic and economic burden of treatment-resistant depression in Europe: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2019; 19 (1): 247. DOI: 10.1186/s12888-019-2222-4
58. Johnston KM, Powell LC, Anderson IM, et al. The burden of treatment-resistant depression: A systematic review of the economic and quality of life literature. *J. Affect. Disord.* 2019; 242: 195–210. DOI: 10.1016/j.jad.2018.06.045
59. Борисоник Е.В., Любов Е.Б. Клинико - психологические последствия суицида для семьи жертвы. *Консультативная психология и психотерапия.* 2016; 24 (3): 25–41. [Borisonik EV, Lyubov EB. Clinical and psychological consequences of suicide for the victim's family. *Counseling psychology and psychotherapy.* 2016; 24 (3): 25–41.] (In Russ) DOI: 10.17759/cpp.20162403003
60. Cheng C, Chen M, Tsai S, et al. Susceptibility to Treatment-Resistant Depression Within Families. *JAMA Psychiatry.* 2024; 81 (7): 663–672. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2024.0378
61. Rockett IRH, Ali B, Caine ED, et al. Escalating costs of self-injury mortality in the 21st century United States: an interstate observational study. *BMC Public Health.* 2023; 23 (1): 285. DOI: 10.1186/s12889-023-15188-8. PMID: 36755229. PMCID: PMC9906586.
62. Dunner DL, Rush AJ, Russell JM, et al. Prospective, long-term, multicenter study of the naturalistic outcomes of patients with treatment-resistant depression. *J. Clin. Psychiatry.* 2006; 67 (5): 688–695. DOI: 10.4088/jcp.v67n0501. PMID: 16841617.

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

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

E.B. Lyubov¹,
P.B. Zotov²

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

Abstract:

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

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

Вклад авторов:

Е.Б. Любов: разработка дизайна исследования, написание и редактирование текста рукописи;

П.Б. Зотов: написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

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

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

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

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

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

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