

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПОВТОРНЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК

В.И. Каневский, В.А. Розанов

Черноморский национальный университет им. Петра Могилы, г. Николаев, Украина
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия

Контактная информация:

Каневский Виктор Ионович – кандидат психологических наук, доцент (ORCID iD: 0000-0002-3197-9413). Место работы и должность: и.о. заведующего кафедрой психологии Черноморского национального университета им. Петра Могилы. Адрес: Украина, 54000, г. Николаев, ул. 68 Десантников, корп. 1. Телефон: (0512) 56-81-47, электронный адрес: 2528kan@gmail.com

Розанов Всеволод Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Место работы и должность: профессор факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, набережная Макарова, д. 6. Электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

Цель исследования: оценить психологические отличия лиц, совершающих повторные суицидальные попытки, от парасуицидентов с однократными попытками. Методы. Проанализированы данные обследования 370 молодых людей (средний возраст – 25,31 лет), из них 170 мужчин (средний возраст – 25,24 лет) и 200 женщин (средний возраст – 25,37 лет) – участников генетического исследования суицидальных попыток GISS. Из общего числа участников 44,6% (n=164) сообщили о предыдущих попытках самоубийства, из этого числа 61,6% участников (n=101) сообщили об одной ранее имевшей место попытке, 16,5% (n=27) сообщили о двух, 6,1% (n=10) – трёх и 15,8% (n=25) о четырёх и более предыдущих попытках. В группе повторных попыток средний возраст (26,99 лет) оказался достоверно выше, чем в группы первичных попыток (23,96 лет). Проанализированы способы самоповреждения, некоторые психологические характеристики пациентов в группах, их личностные особенности и показатели намеренности суицидального акта по шкале намеренности самоповреждения Бека (BSIS). Данные обрабатывались программой SPSS 17.0. Результаты. Выявлено, что группы с однократной и многократными попытками существенно отличаются по многим исследованным показателям. Так, среди методов самоповреждений у повторяющих попытки вдвое чаще фигурируют более агрессивные (X70, удушение, повешение, удушение), у них наблюдается достоверно более выраженная депрессия по шкале Бека (p<0,002), склонность к насильственным действиям по шкале Плутчика, (p<0,0001) пессимизм и безнадежность по шкале Бека (p<0,001). Характерно также, что в этой группе выявлен более высокий уровень переживаемого стресса (p=0,007). Исследование структуры личности (в рамках пятифакторной модели Большая Пятерка) позволило установить, что на фоне того, что все парасуициденты имели характерные отличительные черты (высокий Нейротизм, соответственно, 57,99/59,97), резко сниженные Дружелюбие (соответственно, 47,89/47,25) и Чувство долга (соответственно, 45,35/43,95), лица с повторными попытками отличались ещё более выраженной Враждебностью (n2=57,81; p<0,05), Импульсивностью (n5=54,35; p<0,01) и ещё более сниженным Альтруизмом, что соответствует повышенному уровню эгоизма (a3=45,76; p<0,05). Кроме того, у них выявлены более выраженная намеренность (желание умереть) как мотив самоповреждения (p=0,000), а также относительная слабость социальной поддержки (p=0,000). Многие из перечисленных показателей коррелируют между собой, что можно расценивать как проявление определённой сформировавшейся внутренней склонности к повторению, возможно, устоявшегося поведенческого и психологического суицидального сценария, или формирующейся «суицидальной карьеры». Заключение. Лица, повторяющие суицидальные попытки, имеют целый ряд особенностей, свидетельствующих о повышенном риске завершённого суицида среди этого контингента. Это требует максимально серьёзного отношения (в частности, при оценке постсуицида) к таким пациентам в условиях медицинских стационаров и при оказании им психологической помощи.

Ключевые слова: суицидальная попытка, повторная суицидальная попытка, парасуицид, суицид

В исследовании суицидального поведения особое место занимает вопрос о неоднократных суицидальных попытках (повторных парасуицидах). Это нашло своё отражение в суицидальной мифологии. Так, один из мифов о суициде гласит, что если человек совершил одна-

жды суицидальную попытку, то он больше её уже не повторит. Другое расхожее суждение, напротив, утверждает, что если у человека есть склонность к самоубийству, то она останется с ним навсегда, он будет повторять свои попытки, и когда-нибудь обязательно доведёт дело до

конца. Суицидологические исследования позволяют взглянуть на это более объективно.

Прежде всего, необходимо рассмотреть вопрос о распространённости повторяющегося суицидального поведения. В среднем на Европейском континенте частота повторных попыток среди суицидентов близка к 15% в год [1]. По данным крупнейшего исследования в Великобритании (около 9000 суицидентов, поступивших в медицинские учреждения в течение 6 лет), в среднем повторная попытка случается через 75 дней, в 10% случаев – в ближайшие 5 суток. Основными факторами риска повторности являются наличие психиатрического диагноза, статус безработного, история несуицидальных самоповреждений, наличие проблем с алкоголем и серьёзных суицидальных планов в момент контакта с медицинской службой [2].

Известно, что парасуицидальное поведение и, в частности, повторные попытки чаще ассоциированы с молодым возрастом. Исследование, проводившееся в период с 1989 по 1995 г., ставило целью выявить закономерности и факторы риска повторных суицидов в старшем подростковом возрасте (15-18 лет). Было проанализировано 1720 суицидальных случаев, принадлежащих 1264 субъектам в течение 4 лет наблюдения. Оказалось, что 24% лиц, имеющих в анамнезе суицидальные попытки, за указанный период повторили их, в то время как среди «первичных» суицидентов повторы составили 6,8% [3]. Факт предыдущей попытки и использование агрессивных методов являются независимыми предикторами повторяющегося суицидального поведения [3]. Таким образом, среди молодых суицидентов присутствует довольно большая группа, характеризующаяся повторным суицидальным поведением, нуждающаяся в более пристальном внимании с точки зрения профилактики.

Риск повторной попытки возрастает, если был исходно использован более агрессивный метод самоповреждения, и у лиц старшего возраста. В данной возрастной группе риск повторности связан, прежде всего, с семейными проблемами (развод) и безработицей [4]. Что касается психиатрических диагнозов, то среди мужчин с множественными попытками чаще встречаются невротические состояния и расстройства зрелой личности, в то время как среди женщин – острая реакция на стресс и расстройства адаптации [4]. Масштабное проспективное исследование (более 11000 человек в

течение 16 лет) выявило те же факторы риска: мужской пол, наличие психиатрического диагноза, факт госпитализации по поводу самоповреждения, однако указало на более зрелый возраст (более 35 лет) и на агрессивный способ попытки – повторность чаще наблюдалась у тех, кто пытался покончить с собой путём повешения и самоудушения [5]. При этом повторные попытки встречались с максимальной частотой (3,6%) в первую неделю после идентифицированного покушения, смертельные случаи в этот же период происходили в 0,1% случаев [5].

Сравнение лиц, совершивших одну или несколько попыток, показало, что примерно за 4 года до 31% суицидентов совершают повторные попытки, причем повторное покушение повышает риск завершённого суицида. Иными словами, каждая последующая попытка действительно приближает завершённый суицид [6]. В другом исследовании приводится близкая цифра – 35% из 11583 пациентов, поступивших в госпитали Оксфорда по поводу суицидальной попытки, за 20 лет наблюдения совершили повторную попытку. Среди повторных парасуицидентов риск завершённого самоубийства был выше, чем среди совершивших однократную попытку, причём среди женщин выше, чем среди мужчин [7]. Наличие повторной попытки является фактором риска преждевременной смерти не только от суицида, но и от других причин [8].

Приведённые данные не оставляют сомнений в том, что риск завершённого суицида растёт после каждой повторной попытки. В связи с этим возникает вопрос о том, что лежит в основе такой формы самоповреждающего поведения, и, что отличает эту группу от тех, кто, совершив однократную попытку, действительно больше не попадает в поле зрения медицинских учреждений. Согласно многим моделям суицидального поведения, например, модели стрессуязвимости Д. Вассерман, суицидальный процесс характеризуется подъёмами и спадами наблюдаемых и ненаблюдаемых явлений, и суицидальная попытка может стать как фактором обрыва процесса, так и фактором ухудшения ситуации [9]. В связи с этим необходимо обратить внимание на личностные (психологические), медицинские (психиатрические) и поведенческие, связанные с межличностными отношениями и реагированием на стресс (психосоциальные) особенности лиц, склонных к повторным самоповреждениям.

В литературе высказывается мнение, что среди лиц, повторяющих суицидальные действия, с каждой последующей попыткой суицидальный акт лучше подготовлен и менее импульсивен. Летальность повторных попыток вдвое превышает летальность первичных покушений. В то же время, при повторных попытках не применяются необычные или очень жестокие способы реализации самоубийств, характерные, например, для «патологических суицидов» [10]. Одним из факторов, способствующих повторяющемуся самоповреждению, по-видимому, является психологическая травма в детском возрасте. На контингенте заключенных (1553 человека) было выявлено, что пережитые в детстве тяжелые психотравмирующие обстоятельства (по данным ретроспективного опроса) ассоциированы с ранним началом суицидального поведения и повторностью попыток [11].

Неоднократные попытки среди женщин, поступивших в суицидологическое отделение психиатрической больницы, ассоциированы с более ранним началом и тяжелым протеканием депрессивных и дизадаптационных состояний, с более молодым возрастом, низким профессиональным уровнем, социальной дизадаптацией, неразвитостью копинг-механизмов, сопутствующими аддикциями и соматовегетативными нарушениями [12]. Повторные попытки (в форме самоотравления, по данным токсикологического отделения больницы) ассоциированы с большей частотой алкогольного опьянения по сравнению с первичными (36% против 26%), и с большей тяжестью самой интоксикации [13]. Кроме того, возможно частота повторных попыток связана с особенностями менталитета и испытывает культурные влияния. Например, среди ромов в Венгрии частота повторных попыток среди лиц, экстренно поступивших в медицинские учреждения, заметно выше, чем среди представителей других национальностей [14].

Подводя итог этого небольшого обзора необходимо отметить, что большинство работ, посвящённых феномену повторных суицидальных попыток, обсуждает такое поведение главным образом с позиций вероятности завершённого суицида, обосновывая необходимость более пристального внимания к этой группе и отношения к ней не как к манипуляторам, а как к группе повышенного риска. В то же время, целый ряд вопросов, которые, несомненно,

важны для понимания сущности этого феномена и тех мотивов, которые лежат в его основе, остаются почти не изученными. С этой целью полезно было бы сравнить между собой суицидентов, совершивших повторные попытки, с теми, кто совершил всего одну, с учётом способа и медицинских последствий самоповреждения, особенностей личности, характера некоторых психических состояний, например, выраженности депрессивных симптомов или склонности к агрессии, а также с учётом намеренности суицидального акта. Исследований такого плана явно недостаточно, в связи с чем, в данной работе мы поставили перед собой эти задачи, и приводим соответствующие эмпирические данные.

Материалы и методы.

Данные, использованные в работе, получены в ходе выполнения исследовательского проекта «Генетическое исследование суицида и суицидальных попыток» (рук. – профессор Д. Вассерман, профессор В.А. Розанов, при финансовой поддержке Wallenberg Foundation). В данную выборку вошли лица, совершившие суицидальные попытки и вовлечённые в исследование в городах центральной и юго-восточной Украины (всего 370 человек). Структурированные стандартизованные интервью проводились в условиях медицинских стационаров (чаще всего – отделений реанимации и острой токсикологии) и центров оказания социально - психологической помощи, как государственных, так и частных. Все участники исследования подписывали письма информированного согласия.

Протокол исследования был утвержден этическим комитетом при Каролинском институте (Стокгольм, Швеция), проект был зарегистрирован в Минздраве Украины. В основе исследования было клиническое интервью, включающее опрос о попытке, историю самоубийств в семье, опрос о негативных событиях жизни, исследование личностного профиля пациента и использование ряда шкал, оценивающих психологический статус.

В выборку вошли лица с первой и единственной (идентифицированной) попыткой суицида, а также имеющие несколько попыток в анамнезе. Таким образом, разделение на группы осуществлялось на основании свидетельств пациентов. Число попыток варьировало от 2 (с учётом идентифицированной, по поводу которой пациент был вовлечён в исследование)

до 8. Время между первой и идентифицированной попыткой составляло от 3 лет до 10 дней. Средний возраст испытуемых – 25,31 лет, из них 170 мужчин (средний возраст – 25,24 лет) и 200 женщин (средний возраст – 25,37 лет). Из общего числа участников 44,6% (n=164) сообщили о предыдущих попытках самоубийства, из этого числа 61,6% участников (n=101) сообщили об одной ранее имевшей место попытке, 16,5% (n=27) сообщили о двух, 6,1% (n=10) о трёх и 15,8% (n = 25) о четырёх и более предыдущих попытках. Средний возраст группы первичных попыток составил 23,96 лет, группы повторных попыток – 26,99 лет, различия статистически достоверны ($p < 0,02$).

Для учёта характера и тяжести попыток использована классификация самоповреждений по МКБ-10 (раздел «Умышленное самоповреждение», коды X60-X84) и Шкала медицинских последствий самоповреждений, в которой по определённым критериям каждый способ оценивался по принципу «0» баллов – без медицинских последствий, «8» баллов – смертельный исход. В исследование вовлекались случаи с тяжестью по указанной шкале не менее 2. Для оценки степени намеренности суицидального акта использовалась Шкала намеренности суицидальных действий Бека (Beck Suicide Intention Scale, BSIS) [15].

Для оценки выраженности протективной роли социального окружения использовался комплекс вопросов, отражающих связь пациента с его близкими, потребность в моральной и практической поддержке со стороны семьи, партнера, друзей и т.д.

Психологический инструментарий проекта включал личностный опросник NEO-PIR (NEO Personality Inventory Revised), разработан американскими авторами Р.Т. Costa и Р.Р. McCrae [16], адаптирован для применения в русскоязычной среде коллективом кафедры психологии Ярославского государственного университета В. Орлом, А. Рукавишниковым, И. Сениным [17]. Опросник построен на основе так называемой «пяtifакторной» модели личности (Big Five или Five Factors Model) [18, 19] и предназначен для измерения пяти «областей» личности: Нейротизма (Neuroticism), Экстраверсии (Extraversion), Открытости опыту (Openness to Experience), Сотрудничества (Agreeableness), Добросовестности (Conscientiousness). Каждая из этих пяти шкал включает в свой состав 6 субшкал (см. табл. 2).

Для оценки различных аспектов состояния суицидентов использованы следующие клинические инструменты:

1. Шкала благополучия ВОЗ (*WHO-5 Well-Being Index*) [20]. Шкала предназначена для измерения субъективного ощущения благополучия с позиций концепции качества жизни.

2. Опросник депрессивности Бека (*Beck Depression Inventory, BDI*) предназначенный для оценки выраженности депрессивных симптомов у обследуемого на текущий период. BDI имеет достаточно длительную и успешную историю использования в медико - психологических исследованиях [21].

3. Шкала безнадёжности Бека (*Beck Hopelessness Scale, BHS*) [22] в модифицированном (сокращённом до 4-х пунктов) варианте, предложенном А.М. Aish и D. Wasserman [23], которая построена на субъективной оценке пациентом своего будущего, своих жизненных перспектив.

4. Опросник склонности к насильственным действиям Плутчика и Ван Праага (*Plutchik Feelings and Acts of Violence Scale, PFAV*), предназначенный для самооценки склонности к насилию [24].

5. Шкала характеристик гнева Спилбергера (*State Trait Anger Scale, STAS*) [25]. Шкала оценивает два относительно независимых параметра – гнев, как черту личности (Т), и гнев, как реакцию на фрустрирующие обстоятельства (R).

6. Опросник событий жизни, апробированный в ходе выполнения проекта GISS (ГИСС) [26]. Опросник предназначен для получения и формализации качественно-количественных данных о пережитых индивидом стрессовых жизненных событиях. Качественный аспект отражался вопросами о том «что произошло?», количественный – «когда?» и «как часто?». Субъективное ранжирование событий по степени их негативного влияния, предлагаемое испытуемым, позволило вычислить условный «негативный вес» тех или иных событий. В данном исследовании использовались значения суммарной стрессовой нагрузки, рассчитываемой как сумма всех баллов с учётом «веса» отдельных событий (*Summary of Life Events, SUMLE*).

Статистическая обработка данных осуществлена с помощью программы SPSS.17, для сравнения групп использовались t-критерий Стьюдента и, при необходимости, критерий χ^2 ,

при оценке корреляций применен коэффициент парной корреляции Пирсона (r).

Результаты и обсуждение.

На рис. 1 представлено процентное распределение всех методов самоповреждения, которые были выявлены среди тех, кто совершил попытку однажды и повторно. Как видно из представленных данных, в обеих группах первые места (представленные почти поровну – 23-25%) занимают самопорезы острыми и колющими предметами (X78) и намеренные самоотравления с использованием противосудорожных, седативно-снотворных, антипаркинсонических и иных психотропных препаратов (X61). Далее следуют самоотравления с использованием неопиоидных анальгетиков, жаропонижающих и противоревматических лекарственных препаратов (X60). Затем самоотравления с использованием других препаратов, влияющих на вегетативную нервную систему (X63) и только потом – намеренные самоповреждения путём повешения, удушения и удушения (X70).

Различия между группами касаются X60, X63 и X70, но наиболее выражены они в отношении самого агрессивного и «надёжного» способа самоповреждения – повешения, удушения и удушения (рис. 1).



Рис. 1. Сравнение частот использованных методов самоповреждения в группах сравнения (X60-X83), в %.

Такие попытки довольно часто заканчиваются летально, если не до конца оценены возможности спасения, поэтому их часто рассматривают как незавершённые суициды. В группе повторных попыток доля этого метода достига-

ет 11,6%, в то время как в группе однократных попыток она составляет 4,4%.

Таблица 1

Показатели психологического состояния парасуицидентов с однократной и повторными попытками

Показатели	Однократная попытка		Повторная попытка		*p
	М	Std	М	Std	
WHO-5	9,74	6,49	8,56	5,39	1,89
BDI	18,19	12,69	22,38	12,79	-3,11 (<0,002)
BHS	2,16	1,82	2,87	2,00	-3,51 (<0,001)
PFAV	4,86	3,18	6,57	4,73	-3,97 (<0,0001)
STAS	21,68	6,27	21,07	6,37	0,90
T	8,16	3,01	8,19	3,00	-0,12
R	13,35	4,19	12,88	4,19	1,04
SUMLE	21,35	14,30	33,68	20,30	-6,77 (<0,0001)

Примечание: * – t-критерий Стьюдента

Проверка достоверности этих различий с использованием критерия χ^2 даёт отрицательный результат (p=0,094), то есть различия следует рассматривать лишь как тенденцию при значимости около 10%. В то же время факт того, что среди лиц с повторными попытками частота самых опасных методов самоповреждения более чем в 2 раза выше, не следует игнорировать, отсутствие достоверности может быть связано с недостаточным объёмом выборки.

Комплекс показателей, характеризующих сравниваемые группы, представлен в табл. 1. Сюда вошли выраженность депрессии, склонность к насилию, выраженность гнева, безнадежность и накопленный жизненный стресс в виде различных негативных событий, несчастий и неприятностей.

Как видно из представленных данных (табл. 1), между группами выявились существенные и достоверные различия по ряду показателей (p<0,002–0,0001). В частности, лица с повторными попытками имели в среднем в 1,23 раза более высокие баллы депрессии, в 1,33 раза более высокие баллы безнадежности и в 1,35 раза более высокие баллы склонности к насильственным действиям. Ещё одной особенностью является значительно более высокий балл негативных жизненных событий – в 1,58 раза. Таким образом, выясняется, что повторные попытки ассоциируются с более высо-

кой депрессией, негативным восприятием своего будущего и своей жизненной перспективы, склонностью к насилию и высоким уровнем переживаемого стресса. Разница между двумя группами, в первую очередь касается эмоциональных реакций: повышенный уровень депрессии, безнадёжность и стрессогенные события, которые могут нести кумулятивный характер, возможно, обуславливают склонность к агрессивному реагированию и повторению попыток при столкновении с жизненными сложностями и неприятностями. Интересно, что корреляционный анализ показал, что склонность к агрессии у лиц, совершающих повторные попытки, позитивно связан с интегральным показателем негативных жизненных событий ($r=0,242$; $p<0,01$), а также с враждебностью и импульсивностью, которые также коррелируют между собой, образуя своеобразный комплекс. С психологических позиций это можно понять из соотношения уязвимости – устойчивости: те, кто совершал попытки ранее, пережили подобное состояние, и им, вероятно, легче его повторить.

Большой интерес представляет вопрос о различиях в чертах личности суицидентов, совершивших однократную и повторные попытки. Ранее мы сообщали о том, что по данным того же контингента парасуицидентов характерными признаками личности, ассоциированными с суицидальной попыткой, являются повышенный уровень нейротизма, сниженные показатели экстраверсии, сотрудничества и, особенно, сознательности [27]. Сравнение двух исследованных групп по основным и добавочным шкалам пятифакторной модели личности представлено в табл. 2.

Таблица 2

Сравнительная таблица выраженности черт личности парасуицидентов с однократной и повторными попытками в рамках пятифакторной модели*

Показатели	Однократная попытка		Повторная попытка		**p
	М	Std	М	Std	
Нейротизм (N)	57,99	13,28	59,77	12,65	-1,36
Тревожность (n1)	54,76	12,88	55,35	12,63	-0,44
Враждебность (n2)	55,31	11,65	57,81	11,63	-2,05 (<0,05)
Депрессия (n3)	59,39	12,42	61,69	13,58	0,17
Рефлексия (n4)	54,34	12,42	54,13	11,64	0,17
Импульсивность (n5)	51,5	10,29	54,35	10,57	-2,6 (<0,01)

Ранимость (n6)	58,79	13,77	59,18	13,73	-0,27
Экстраверсия (E)	48,03	13,39	45,99	12,13	1,52
Сердечность (e1)	48,44	12,84	46,12	11,14	1,85
Общительность (e2)	49,44	11,52	47,68	10,62	1,52
Настойчивость (e3)	47,55	11,73	46,73	10,81	0,69
Активность (e4)	46,72	12,04	45,73	12,31	0,77
Поиск возбуждения (e5)	51,68	12,5	51,4	9,11	0,22
Позитивные эмоции (e6)	47,69	10,81	45,66	11,66	1,71
Открытость (O)	48,85	11,06	48,58	11,04	0,23
Фантазия (o1)	50,44	10,47	50,52	11,69	-0,71
Эстетика (o2)	48,52	10,91	47,66	10,98	0,75
Чувства (o3)	49,69	10,42	48,84	11,7	0,74
Действия (o4)	49,84	12,06	50,23	10,77	-0,33
Идеи (o5)	48,53	10,93	48,83	11,23	-0,26
Ценности (o6)	48,08	11,29	46,45	10,26	1,44
Сотрудничество (A)	47,89	10,83	47,25	11,43	0,55
Доверие (a1)	43,86	11,31	43,75	11,83	0,09
Честность (a2)	49,51	10,98	49,26	10,87	0,36
Альтруизм (a3)	48,72	11,81	45,76	11,03	2,48 (<0,05)
Уступчивость (a4)	48,19	11,45	47,87	12,26	0,26
Скромность (a5)	52,38	10,88	51,95	11,15	0,38
Чуткость (a6)	48,94	10,85	49,72	12,89	-0,62
Сознательность (C)	44,22	11,34	42,34	11,05	1,60
Компетентность (c1)	43,31	12,34	41,62	12,26	1,31
Организованность (c2)	46,8	9,85	45,39	9,61	1,38
Обязательность (c3)	45,35	10,9	43,95	11,58	1,18
Стремление к достижениям (c4)	47,1	11,15	45,84	11,05	1,09
Самодисциплина (c5)	44,69	11,02	43,57	11,3	0,96
Скрупулёзность (c6)	44,46	11,64	42,95	10,88	1,28

Примечание: *Базовые шкалы выделены.
** – t-критерий Стьюдента.

Как видно из представленных данных, все абсолютные значения шкал, отражающих черты личности согласно пятифакторной модели, отклоняются у испытуемых от нормы (50 ±

баллов) в соответствии с ранее полученными данными (завышенные показатели по нейротизму и сниженные по экстраверсии, сотрудничеству и сознательности).

При этом обнаружены достоверные отличия между группами – в группе с повторными попытками показатели враждебности и импульсивности выше, чем в группе с однократными попытками. Ещё одно отличие касается альтруизма – в группе повторных попыток эта характеристика, на фоне низких цифр в обеих группах, ниже, чем среди совершивших одну попытку. Таким образом, вырисовывается комплекс психологических особенностей, ассоциированных с повторными попытками – это завышенная тенденция испытывать гнев, фрустрацию, озлобленность, чаще всего в ответ на стрессовые ситуации, это неспособность контролировать свои желания и побуждения, склонность реагировать импульсивно, без обдумывания своих действий, и сниженный альтруизм, или его обратная сторона – эгоизм. Эгоизм обычно понимается как заикленность на своих проблемах, люди такого плана обычно «глухи» к проблемам других людей. Из табл. 2 также видно, что лица с повторными попытками имеют более высокие баллы по всем

субшкалам нейротизма, но наиболее достоверны различия по импульсивности. Этот результат противоречит теории о том, что повторные попытки обычно становятся более обдуманными и менее импульсивными.

Большой блок вопросов касался намеренности суицидального акта, представление о котором могут дать показатели BSIS (табл. 3).

Опросник BSIS представляет собой комплекс вопросов, позволяющих выявить обстоятельства совершения попытки, прежде всего, с позиций прямых и косвенных признаков серьёзности происходящего, выраженности желания умереть. Опросник построен таким образом, что бóльшие баллы при ответе на каждый вопрос говорят о более высокой намеренности суицидального акта.

Как видно из табл. 3, группа с повторными попытками существенно отличалась от группы с однократными попытками по таким признакам, как планирование самоповреждения, о чём говорят более тщательные меры предосторожности (меры, чтобы не быть обнаруженным, приведение в порядок своих дел, понимание, что в момент попытки никто не сможет оказать помощь и сознательное следование этому).

Таблица 3

Показатели суицидальных интенций парасуицидентов с однократной попыткой и с повторами

Пункты шкалы BSIS	Однократная попытка		Повторная попытка		t-критерий Стьюдента
	М	Std	М	Std	
Во время попытки рядом в контакте никого не было	2,06	0,94	2,25	1,06	-1,835
В какой момент была предпринята попытка? Ожидался ли кто-нибудь? Мог ли кто-либо вскоре появиться?	2,1	1,36	2,87	1,19	-5,722 (0,000)
Предприняты активные меры предосторожности, чтобы не быть обнаруженным	1,29	0,62	1,56	0,76	-3,75 (0,000)
Не обращались к потенциальному помощнику, и не сообщали о попытке	1,84	0,94	2,22	0,93	-3,79 (0,000)
Предпринимались ли какие-либо действия, когда приняли решение о самоповреждении (оплатили свои счета, написали завещание)?	1,15	0,47	1,27	0,61	-2,045 (<0,05)
Планировали ли свои действия заранее в течение некоторого времени	1,36	0,60	1,5	0,65	-2,138 (<0,05)
Написали ли прощальное письмо (письма)?	1,22	0,63	1,34	0,69	1,721
Говорили ли намеком или прямо о своём намерении нанести себе повреждение	1,49	0,74	1,58	0,8	-1,122
Желали смерти	1,98	0,85	2,32	0,73	-4,153 (0,000)
Цель самоповреждения: крик о помощи / временный отдых / смерть	2,46	1,2	2,63	0,89	-1,517
Вероятность смертельного исхода (в представлении респондента)	1,98	0,98	2,19	0,88	-2,178 (<0,05)

Кроме того, характерны ответы на прямой вопрос: «каковы были Ваши чувства в отношении жизни и смерти? Вам хотелось остаться в живых сильнее, чем умереть? Было ли Вам безразлично, останетесь ли Вы в живых или умрёте?». На данный вопрос предлагалось несколько вариантов ответа – «Не хотел умереть», «Были безразличны к тому, останетесь ли в живых или умрёте», «Хотел умереть». И респонденты из группы с повторными попытками значительно и достоверно чаще отвечали «хотел умереть», набирая, соответственно, больше баллов (табл. 3). Более того, они гораздо выше оценивали вероятность смертельного исхода при этом.

Таким образом, намеренность суицидального поведения выше при повторных попытках. Особенности поведения и мышления, ведущие к более возможному летальному исходу, более остро выражены по сравнению с «однократными» (в частности, чувство по отношению к жизни и смерти, и вероятность смертельного результата). При этом «демонстративный блок» в поведении повторяющих попытки менее выражен (чаще все совершается в отсутствие посторонних, больше мер предосторожности, чтобы не обнаружили, чаще имеет место отсутствие предварительных сообщений о планируемой попытке).

Что касается роли числа попыток среди респондентов с повторами, то после разделения выборки на две группы: с одним повтором ($n=101$) и с двумя и больше ($n=63$) в личностных характеристиках и оценке состояний значимых различий не выявлено. Статистически значимые различия наблюдались в значении интегрального показателя стрессогенных событий ($p=0,007$), он был выше у тех участников исследования, у которых попыток было больше, у тех, кто сообщал о предполагаемой попытке и желании умереть ($p<0,05$).

Интересно, что по данным корреляционного анализа у лиц с однократной попыткой такая черта, как враждебность (важнейшая составная часть нейротизма) оказалась значимо связана с уведомлением окружающих о намерении нанести себе повреждения ($r=0,209$; $p<0,01$), в то время, как у «повторяющих» эта связь отрицательная ($r= -0,187$; $p<0,05$). Это можно трактовать как то, что негативные эмоции в данной группе направлены на себя, возможно в форме гнева, злости и ненависти к себе. Кроме того, баллы склонности к насильственным действиям (методика PFAV) прямо связаны с вероятностью летального результата ($r=0,18$; $p<0,05$), что в очередной раз подтверждает связь суици-

дального поведения у «повторяющих» с агрессией, в данном случае в форме аутоагрессии. Кроме того, это показывает, что как интернализированные факторы (в частности, депрессия и безнадёжность), так и экстернализованные проявления (агрессия и склонность к насильственным действиям) могут быть ассоциированы с повторными суицидальными действиями.

Обсуждая полученные данные, мы обратились к двум работам, в которых представлены психологические аспекты повторного суицидального поведения. В исследовании И.А. Кудрявцева [28], отмечается, что наиболее значимым личностным фактором повышенного суицидального риска у лиц, помещённых в психиатрический стационар в связи с повторными попытками самоубийства, является фрустрированные потребности в гармоничных взаимоотношениях со значимыми другими (в основном с брачными и любовными партнерами), то есть со своим ближайшим семейным окружением. Логично предположить, что эти факторы могут послужить питательной средой для формирования хронического негативного эмоционального состояния и повторных суицидальных попыток как средства либо привлечь внимание к проблеме, либо найти выход из невыносимой ситуации. Отчасти это подтверждается нашими данными. Так, парасуициденты, которые совершали неоднократные попытки, чаще испытывали необходимость в практической и моральной поддержке со стороны партнера (соответственно $p=0,01$; $p<0,04$), в меньшей степени чувствовали, что нужны семьи для моральной поддержки ($p=0,020$) и в меньшей степени получали моральную ($p=0,003$) и практическую поддержку ($p=0,040$) со стороны партнера и семьи.

В работе Г.Я. Пилягиной и соавт. сравниваются парасуициденты с первичными и повторными аутоагрессивными действиями. Авторы вводят понятие «суицидальной карьеры» как процесса хронификации и качественного утяжеления аутоагрессивного поведения с высокой вероятностью реализации жизнеопасных саморазрушающих действий. К числу факторов риска повторной попытки они относят чувство неприятия настоящего и будущего; чувство непонимания близкими, беспомощности, ненужности, брошенности, невыносимого одиночества. Повторению суицидального поведения также способствуют субъективные переживания депрессивных эмоций, тревоги, психалгии, мотивы избегания страдания и же-

ления смерти, отказа от жизни, самопожертвования, самонаказания. Суицидальный риск растёт при наличии равнодушного и позитивного отношения к реализации аутоагрессивных действий в ближайшем постсуицидальном периоде [29]. Эти наблюдения также подтверждаются нашими данными о дефиците социальной поддержки в группе с повторными попытками, а также выявленными личностными особенностями самих суицидентов, особенно их завышенной враждебности, эгоизма и импульсивности.

В заключение мы считаем важным указать на возможные отличия в понимании сущности феномена повторной суицидальной попытки. Вполне возможно, что контингент, который с точки зрения психиатров часто характеризуется как «хронический суицид», и который представляет собой лиц, поступающих в медицинское учреждение по поводу суицидальной попытки вскоре после недавней попытки, и который характеризуется семейной историей суицидов, химическими зависимостями, неадекватными копинг-стратегиями, меньшей импульсивностью и высоким риском завершённого самоубийства [30], не вполне совпадает с тем контингентом, который был объектом нашего исследования. Вполне возможно, что в нашем случае, при близких характеристиках (более выраженная депрессия, высокая намеренность суицидального поведения) основные проблемы лежат в сфере социальной дизадаптации и дисфункциональных межличностных отношениях. Их более высокая импульсивность, эгоизм и враждебность говорят о них как о сложных в общении и достаточно безответ-

ственных личностях, что, впрочем, не снижает вероятности завершения суицидального акта.

Заключение.

Проведённое исследование показало, что парасуициденты, имеющие в анамнезе уже совершённые суицидальные попытки, имеют достоверные отличия от тех, кто на момент исследования совершил только одну попытку. Эти различия касаются способов самоповреждений (избираются более агрессивные), некоторых психологических состояний и черт (более выраженная депрессия, склонность к насильственным действиям, пессимизм), более высоким уровнем переживаемого стресса, ряда черт личности (более выраженная враждебность, импульсивность и эгоизм), более выраженной намеренностью, желанием умереть, а также относительной слабостью социальной поддержки. Многие из перечисленных показателей коррелируют между собой, что можно расценивать как проявление определённой сформировавшейся внутренней склонности к повторению, возможно, устоявшегося поведенческого и психологического суицидального сценария, или формирующейся суицидальной карьеры. Все это, безусловно, говорит о повышенном риске завершённого суицида среди этого контингента, и требует максимально серьёзного к нему отношения. В то же время, не подтвердилось, что данный контингент характеризуется снижением импульсивности, хотя более тщательное планирование своих действий для него характерно. Это может быть следствием своеобразия выборки, и может объясняться сравнительно молодым возрастом парасуицидентов.

Литература:

- Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2002; 181: 193-199.
- Kapur N., Cooper J., King-Hele S. et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006; 67: 1599-1609.
- Hultén A; Jiang GX; Wasserman D. et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 10 (3): 161-169.
- Schmidtke A., Bille-Brahe U., DeLeo D. et al. Attempted suicide in Europe: rates trends and socio-demographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicenter Study of Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996; 93: 127-138.
- Fedyszyn I.E., Erlangsen A., Hjorthøj C. et al. Repeated suicide attempts and suicide among individuals with a first emergency department contact for attempted suicide: A prospective, nationwide, Danish register-based study. *J Clin Psychiatry*. 2016; Jun; 77 (6): 832-840. doi: 10.4088/JCP.15m09793.
- Christiansen E., Jensen B.F. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007; Mar; 41 (3): 257-265.

References:

- Owens D., Horrocks J., House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2002; 181: 193-199.
- Kapur N., Cooper J., King-Hele S. et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006; 67: 1599-1609.
- Hultén A; Jiang GX; Wasserman D. et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2001; 10 (3): 161-169.
- Schmidtke A., Bille-Brahe U., DeLeo D. et al. Attempted suicide in Europe: rates trends and socio-demographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicenter Study of Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996; 93: 127-138.
- Fedyszyn I.E., Erlangsen A., Hjorthøj C. et al. Repeated suicide attempts and suicide among individuals with a first emergency department contact for attempted suicide: A prospective, nationwide, Danish register-based study. *J Clin Psychiatry*. 2016; Jun; 77 (6): 832-840. doi: 10.4088/JCP.15m09793.
- Christiansen E., Jensen B.F. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007; Mar; 41 (3): 257-265.

7. Zahl D, Hawton L.K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11, 583 patients. *Br J Psychiatry*. 2004; Jul; 185: 70–75.
8. Ostamo A., Lönnqvist J. Excess mortality of suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001; Jan; 36 (1): 29–35.
9. Wasserman, D. The suicidal process. In D. Wasserman, ed. *Suicide. An Unnecessary Death*. 2nd Edition, 2016, NY: Oxford University Press. pp. 21–26.
10. Ведрин Ж., Вебер Д. Можно ли оценить риск суицида? *Социальная и клиническая психиатрия*. 1997; 3: 69–73.
11. Mandelli L., Carli V., Roy A. et al. The influence of childhood trauma on the onset and repetition of suicidal behavior: an investigation in a high risk sample of male prisoners. *J Psychiatr Res*. 2011; Jun; 45 (6): 742–747. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.11.005.
12. Лапин И.А. Факторы риска повторного суицидального поведения у женщин с умеренно выраженными и тяжелыми депрессивными расстройствами: Автореф. дисс... канд мед. наук. М., 2005.
13. Pach J., Polewka A., Zieba A. et al. A trial for the complex risk assessment of repeated suicide predictors in patients after suicidal poisoning attempts, hospitalized in the Department of Clinical Toxicology CM UJ in Krakow. II. Clinical predictors. *Przegl Lek*. 2001; 58 (4): 330–334.
14. Tóth M.D., Ádám S., Zonda T. et al. Risk factors for multiple suicide attempts among Roma in Hungary. *Transcult Psychiatry*. 2018; Feb; 55 (1): 55–72. doi: 10.1177/1363461517731703.
15. Beck A.T., Beck R., Kovacs M. Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *American Journal of Psychiatry*, 1975; 132: 285–287.
16. Costa P.T., McCrae R.R. *NEO PI-R. Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc. 1992.
17. Орел В.Е., Рукавишников А.А., Сенин И.Г. Разработка русскоязычной версии личностного теста NEO PI-R. Рук. депонирована в ИНИОН № 52220 09.10.97
18. Digman J.M. Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 1990; 41: 417–440.
19. Лаак Я., Бругман Г. Big 5: Как измерить человеческую индивидуальность: Оценки и описания; пер. с англ. М.К. Павловой. М.: Книжный дом «Университет», 2003. 112 с.
20. Bech P., Olsen L.R., Kjoller M., Rasmussen N.K. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: A comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-five well-being scale. *International Journal of Psychiatric Research*. 2003; 12 (2): 85–91.
21. Storch E.A., Roberti J.W., Roth D.A. Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory–Second Edition in a sample of college students. *Depression and Anxiety*. 2004; 19 (3): 187–189.
22. Beck A.T., Weisman A., Lester D. et al. The measurements of pessimism. The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974; 41: 861–865.
23. Aish A-M., Wasserman D. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? *Psychological Medicine*. 2001; 31: 367–372.
24. Plutchik R., van Praag H.M. A self-report measure of violence risk, II *Comprehensive Psychiatry*. 1990; Sep; 31 (5): 450–456. DOI:10.1016/0010-440X(90)90031-M
25. Spielberger CD: *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc. 1988.
26. Каневский В.И., Розанов В.А. Намеренность суицидального акта и целевая направленность личности у парасуицидентов в связи с переживанием безнадежности. *Журнал практикующего психолога*. 2010; 17: 95–108.
27. Rozanov V.A., Mid'ko A. Personality patterns of suicide attempters: gender differences in Ukraine. *Spanish Journal of Psychology*. 2011; 14 (2): 693–700.
28. Кудрявцев И.А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства. *Суицидология*. 2012; 3: 10–14.
29. Пилиягина Г. Я., Чумак С. А., Семенцук В.Э. Анализ отдельных аспектов реализации суицидальных попыток и их влияние в рецидивировании аутоагрессивного поведения.
7. Zahl D, Hawton L.K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11, 583 patients. *Br J Psychiatry*. 2004; Jul; 185: 70–75.
8. Ostamo A., Lönnqvist J. Excess mortality of suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001; Jan; 36 (1): 29–35.
9. Wasserman, D. The suicidal process. In D. Wasserman, ed. *Suicide. An Unnecessary Death*. 2nd Edition, 2016, NY: Oxford University Press. pp. 21–26.
10. Vedrin Zh., Veber D. Mozhno li ocenit' risk suicida? [Is it possible to assess the risk of suicide?] *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 1997; 3: 69–73. (In Russ)
11. Mandelli L., Carli V., Roy A. et al. The influence of childhood trauma on the onset and repetition of suicidal behavior: an investigation in a high risk sample of male prisoners. *J Psychiatr Res*. 2011; Jun; 45 (6): 742–747. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.11.005.
12. Lapin I.A. Faktory riska povtornogo suicidal'nogo povedeniya u zhenshchin s umerenno vyrazhennymi i tyazhelymi depressivnymi rasstrojstvami [Risk factors for recurrent suicidal behavior in women with moderate and severe depressive disorders]: Avtoref. diss... kand med. nauk. M., 2005. (In Russ)
13. Pach J., Polewka A., Zieba A. et al. A trial for the complex risk assessment of repeated suicide predictors in patients after suicidal poisoning attempts, hospitalized in the Department of Clinical Toxicology CM UJ in Krakow. II. Clinical predictors. *Przegl Lek*. 2001; 58 (4): 330–334.
14. Tóth M.D., Ádám S., Zonda T. et al. Risk factors for multiple suicide attempts among Roma in Hungary. *Transcult Psychiatry*. 2018; Feb; 55 (1): 55–72. doi: 10.1177/1363461517731703.
15. Beck A.T., Beck R., Kovacs M. Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *American Journal of Psychiatry*, 1975; 132: 285–287.
16. Costa P.T., McCrae R.R. *NEO PI-R. Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc. 1992.
17. Orel V.E., Rukavishnikov A.A., Senin I.G. Razrabotka russko-yazychnoj versii lichnostnogo testa NEO PI-R. Ruk. deponirovana v INION № 52220 09.10.97 [Development of the Russian version of the personal test NEO PI-R. Hands. deposited in INION] (In Russ)
18. Digman J.M. Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 1990; 41: 417–440.
19. Laak Ya., Brugman G. Big 5: Kak izmerit' chelovecheskuyu individualnost': Ocenki i opisaniya [Big 5: How to measure human individuality: Assessments and descriptions]; per. s angl. M.K. Pavlovoj. M.: Knizhnyj dom «Universitet», 2003. 112 s. (In Russ)
20. Bech P., Olsen L.R., Kjoller M., Rasmussen N.K. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: A comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-five well-being scale. *International Journal of Psychiatric Research*. 2003; 12 (2): 85–91.
21. Storch E.A., Roberti J.W., Roth D.A. Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory–Second Edition in a sample of college students. *Depression and Anxiety*. 2004; 19 (3): 187–189.
22. Beck A.T., Weisman A., Lester D. et al. The measurements of pessimism. The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974; 41: 861–865.
23. Aish A-M., Wasserman D. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? *Psychological Medicine*. 2001; 31: 367–372.
24. Plutchik R., van Praag H.M. A self-report measure of violence risk, II *Comprehensive Psychiatry*. 1990; Sep; 31 (5): 450–456. DOI:10.1016/0010-440X(90)90031-M
25. Spielberger CD: *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc. 1988.
26. Kanevskij V.I., Rozanov V.A. Namerennost' suicidal'nogo akta i celevaya napravlennost' lichnosti u parasuicidentov v svyazi s perezhivaniem beznadezhnosti [The intention of the suicide act and the target orientation of the individual in parasuicides in connection with the experience of hopelessness]. *Zhurnal praktikuyushchego psihologa*. 2010; 17: 95–108. (In Russ)
27. Rozanov V.A., Mid'ko A. Personality patterns of suicide attempters: gender differences in Ukraine. *Spanish Journal of Psychology*. 2011; 14 (2): 693–700.
28. Kudryavtsev J.A. Psychological forecast of repeated suicide attempts. *Suicidology*. 2012; (3): 10–14. (In Russ)
29. Pilyagina G. Ya., Chumak S. A., Se-mencul V.E. Analiz ot del'nyh aspektov realizacii suicidal'nyh popytok i ih vliyanie v recidivirovaniy autoagressivnogo povedeniya [Analysis of individual as-

Архив Психиатрии. 2006; 12 (1-4): 240–250.

30. Reynolds P, Eaton P. Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department. *Can J Psychiatry*. 1986; May; 31 (4): 328-330.

pects of the implementation of suicide attempts and their impact in the recurrence of autoaggressive behavior]. *Архив Психиатрии*. 2006; 12 (1-4): 240–250. (In Russ)

30. Reynolds P, Eaton P. Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department. *Can J Psychiatry*. 1986; May; 31 (4): 328-330.

SOME PSYCHOLOGICAL FACTORS OF REPEATED SUICIDE ATTEMPTS

V.I. Kanevskiy¹, V.A. Rozanov²

¹Petro Mohyla Black Sea University, Nikolaev, Ukraine; 2528kan@gmail.com

²Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia; v.rozanov@spbu.ru

Abstract:

Aim of the study: to evaluate psychological peculiarities of suicide attempt repeaters in comparison with group with a single suicide attempt. **Methods.** Data of the assessment of 370 young adults who participated in the genetic study of suicides and suicide attempts (GISS, mean age – 25,31 y.o.) were analyzed. The group consisted of 170 males (mean age – 25,24 y.o.) and 200 females (mean age – 25,37 y.o.). From the whole group 44,6% (n=164) have reported previous suicide attempt(s), of these 61,6% participants (n=101) have claimed 1 previous suicide attempt, 16,5% (n=27) – 2, 6,1% (n=10) – 3 and 15,8% (n=25) – 4 and more previous suicide attempts. Mean age of repeaters was 26,99 y.o., while mean age of first-timers was 23,96 y.o., the difference was statistically confirmed. The groups were compared with regards of the parasuicide methods, some psychological features, personality traits within the frame of the Big Five model, besides the score of the suicidal act intent (using Beck Suicide Intent Scale, BSIS) was calculated. The data was processed by the SPSS 17.0 program. **Results.** It was revealed, that repeaters and first-timers differ in many domains. In particular, among self-harm of repeaters more violent methods (X70, hanging, strangulation and suffocation) were twice more frequent, they also had higher depression scores in Beck's Depression Inventory, BDI (p<0,002), they were more prone to violent actions and thoughts Plutchik's Feelings and Acts of Violence Scale, PFAV (p<0,0001), and expressed higher pessimism and hopelessness Beck's Hopelessness Scale, BHS, (p<0,001). It is remarkable that repeaters have reported significantly higher life stress (p = 0,007), counted as negative life events accumulation. The study of personality traits have revealed that though all attempters had rather typical elevated Neuroticism (respectively 57,99/59,97) and lowered Agreeableness (47,89/47,25 respectively) and Conscientiousness (45,35/43,95 respectively), repeaters had even higher Angry Hostility (n2= 57,81; p<0,05), Impulsivity (n5= 54,35; p<0,01) and lower Altruism (i.e. higher egoism) (a3=45,76; p<0,05). Moreover, their intention to die was higher (p=0,000) while their social support was lower (p=0,000). Many of the above mentioned variables are correlated, which implies formation of a certain internal inclination to iterating self-harm, or even of the stable behavioral and psychological suicidal scenario or suicidal career. **Conclusion.** Suicide attempts repeaters have many psychological peculiarities that testify of the elevated suicide risk among them. This contingent must be the subject of the most serious attitude (in particular, in evaluating the post-suicide) both in the emergency ward and during psychological consulting or psychotherapy.

Keywords: suicide attempt, repeated suicide attempt, parasuicide, suicide

Вклад авторов:

В.И.Каневский: разработка дизайна исследования, подготовка и обработка данных, их статистический анализ, написание статьи;

В.А. Розанов: разработка дизайна исследования, анализ полученных данных, написание и редактирование статьи.

Authors' contributions:

V.I. Kanevskiy: development of the research design, preparing data and their statistical analysis, article writing;

V.A. Rozanov: development of the research design, analysis of the obtained raw data, article writing and final editing.

Финансирование: Проект GISS в целом финансировался Wallenberg Foundation, данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: GISS project as a whole was financed by the Wallenberg Foundation, the current study was not supported financially.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 13.02.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 17.05.2019.

Для цитирования: Каневский В.И., Розанов В.А. Некоторые психологические факторы повторных суицидальных попыток. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 12-22. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-12-22

For citation: Kanevskiy V.I., Rozanov V.A. Some psychological factors of repeated suicide attempts. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 12-22. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-12-22