© Меринов А.В., 2025
doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-3-29

УДК 616.89-008.441.44

ДЕКОМПЕНСАТОРНАЯ (МИНУС) МОДЕЛЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ. ЧАСТЬ I. ПЛЮС / МИНУС МОДЕЛИ СУИЦИДОГЕНЕЗА, ГЛАВНЫЙ ВОПРОС СУИЦИДОЛОГИИ

А.В. Меринов

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9.

THE DECOMPENSATORY (MINUS) MODEL OF SUICIDAL BEHAVIOR. PART I. PLUS / MINUS MODELS OF SUICIDOGENESIS, THE MAIN ISSUE OF SUICIDOLOGY

A.V. Merinov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Сведения об авторе:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7508-2691; ResearcherID: AAT-8010-2020; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии и психологического консультирования ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Проблема самоубийств – серьёзнейший, до сих пор не решенный вызов всему человечеству. Важнейшим вопросом является необходимость понимания механизмов суицидогенеза, поскольку именно это является ключом к решению существующей проблемы. К настоящему моменту изучено большинство вероятных кандидатов на роль просуицидальных (плюс) факторов, способных в совокупности своей не только повысить гипотетический риск суицида, но и, с некоторой степенью вероятности, явиться его причиной. Однако парадокс плюсовых концепций суицидогенеза, постулирующих роль привносимых в жизнь человека просуицидальных событий и обстоятельств, заключается в том, что никакое воздействие (даже самое кошмарное) не равно самоубийству или его попытке. Кажущееся самым фатальным воздействие является ничем при наличии условий, способствующих нивелированию такового. Именно этот механизм, полноценно функционируя, позволяет совладать с любым несмываемым позором, с ограничениями и поражениями в правах, с нечеловеческими условиями и лишениями. Детальный анализиз достижений «плюсовых» теорий суицидогенеза приводит нас к неутешительному выводу: используемые модели в основной своей массе обладают схожим недостатком: абсолютизацией роли какого-либо одного или группы родственных факторов без придания должного значения другим переменным, обычно играющим не менее важную роль. Современная суицидология столкнулась с явлением, обратным «парадоксу выжившего» (“survivorship bias”), описанного Абрахамом Вальду (Abraham Wald), призвавшему укреплять на самолетах не те места, где на вернувшихся самолетах было больше всего пробоин, а те, которые у них были не повреждены. Суицидология слишком увлечена изучением причин «невозврата», в гораздо меньшей степени уделяя внимание факторам, способным прервать начавшийся суицидальный процесс или блокировать его возникновение на фоне безусловного воздействия просуицидальных вызовов (потрёпанные боем «pro et contra», но с успехом вернувшиеся «самолеты»). Именно изучение факторов «contra» позволит увидеть психотерапевтические и профилактические горизонты в совершенно в ином свете. Предлагаемая декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения строится на следующих положениях: антивитальные переживания (устремления) отмечаются в различной степени абсолютно у всех людей; большинство живущих имеют определённую систему, таковым противодействующую, направленную на инактивацию антивитальных сенсаций; именно декомпенсация контр-суицидальной системы (КСС) или изначальный дефицит её блоков делают возможной реализацию суицидальных намерений. КСС работает в перманентном режиме, организуя провитальные траектории развития, смыслы и ценности существования, создавая антитезы суицидальным вызовам в случае их присутствия, являясь всегда присутствующей составляющей психического аппарата. В условиях эффективно и полноценно работающей КСС, просуицидальные воздействия не оказывают фатального или вообще какого-то сколько-нибудь серьёзного действия. Факторы, снижающие эффективность КСС (экзо- и эндо- составляющие декомпенсации), повышают чувствительность к просуицидальным вызовам. Декомпенсация КСС в наиболее типовом варианте предшествует воздействию, запустившему в итоге суицидальный трек. Главным вопросом суицидологии является обсуждение того, что позволяет человеку продолжать жить в условиях присутствия антивитальных переживаний, сотен поводов разрешить некую ситуацию или конфликт через суицид. Что именно делает такой трек невозможным для кон-

кретного человека и что возможно усилить или трансформировать у индивида, подобную траекторию рассматривающего как вполне приемлемую.

Ключевые слова: самоубийство, суицид, суицидальное поведение, аутоагрессивное поведении, декомпенсаторная модель суицидального поведения, минус модель суицидального поведения, контр-суицидальная система (КСС), главный вопрос суицидологии, теории суицидальности, асуицидальность, суицидогенез, описательная суицидология

Нечестно жить насилием, но умереть насилием – прекрасно.
Сенека «Избранные письма к Люцилию»

Всякая вещь, насколько от неё зависит, стремится пребывать в своём существовании.
Спиноза

Всё в мире – и глупость, и мудрость, и богатство, и нищета, и веселье, и горе – всё суета и пустяки. Человек умрёт, и ничего не останется. «И это глупо…» – произнёс Соломон.
Л.Н. Толстой «Исповедь» (1884)

Преамбула, постановка вопроса

Суициды и человечество, на протяжении всей истории существования последнего, всегда идут «рука об руку» [1-7]. У нас нет данных, касающихся подобного поведения гоминид и уж совсем примитивных предков Homo sapiens, но с уверенностью позволим себе предположить, что с появлением существа именно разумного, наделённого способностью критически и аффектированно размышлять, задавая окружающим (да и самому себе) неудобные вопросы, с огромной долей вероятности, впервые случился осознанный (осуществлённый с пониманием необратимости последствий) уход сапиенса из жизни.

Подобное поведение скоро не станет редким, чем-то из ряда вон выходящим, на что бы позволительно было закрывать глаза, игнорируя явление как редкий статистический выброс (outliers). И человечество реагировало, причём весьма разнообразно: начиная от удобнейшей позиции фактического отрицания феномена (у, как минимум, здоровой части живущих), до культивирования обрядовых и «совершенно обязательных» форм суицидов (если не получается бороться с чем-то, всегда остаётся возможность такой процесс «возглавить», сделав его чем-то, может и достаточно одиозным, но всё же вполне приемлемым). Последняя позиция сильно намекала на факт неискоренимости как самого убийства себя, так и на вероятную близость природе человеческой идей возможного добровольного ухода. Примеры сведения счетов с жизнью (особенно фигур значимых, известных) мало кого оставляли равнодушными: оставшихся родственников, друзей, теологов, философов, эскулапов, зарождающихся суицидологов, и даже тех, кого подобное, казалось бы, никаким боком коснуться было не способно (мы же помним обширный сегмент отрицающих).

Маленькая ремарка по поводу тех, кого затрагиваемая тема якобы абсолютно не касается. Увы, но даже поверхностный анализ подобного предположения подскажет нам, что таковых не существует вовсе (за исключением разве что тяжёлых ментальных инвалидов). Идеями, касающимися принципиальной возможности суицида или в более лёгком «исполнении», вероятностного существования ситуаций, когда «лучше бы умереть или вовсе не рождаться», пропитано всё вокруг (можно отрицать это, однако, подобная позиция мало что способна изменить). Концепт жизни не существует без своей противоположности – концепта смерти (умирания)[1], в том числе, смерти добровольной. Понимание и принятие (хотя бы чисто гипотетическое) возможности досрочного прекращения существования является совершенно нормальным для многих культур, что отнюдь не толкает всех живущих к суициду (это положение возьмём на заметку). Как и то, что «заноза» соответствующего знания постоянно персистирует в групповом и индивидуальном сознании, как бы общество ни заботилось о нашем ментальном здоровье, к примеру, упорно замалчивая данную тему – имеющиеся у каждого соответствующие возможности являются секретом Полишинеля. В произведениях Джоан Роулинг [8] Волан-де-Морт известен каждому из мира волшебников несмотря на то, что он «Сами – Знаете – Кто» и «Тот – Кого – Нельзя – Называть». Более того, остракизм и публичные гонения нередко играли на руку суицидальным траекториям реагирования, создавая парадокс «запретного плода», а призывы «не делать и не поступать каким-то образом» снова и снова подогревали интерес к нехорошей теме.

[1]Смерть носит «личный» характер, она – всегда моя, никем не может быть со мной «разделена», «никто не может отнять у другого его смерть». Смерть – это то, что не выбрано нами, мы брошены в наше «бытие к смерти (нем. Sein zum Tode)». Мартин Хайдеггер «Бытие и время» (1927).

Из чего же периодически пытаются сделать секрет? Из миллионов граждан за всю обозримую историю человечества покончивших с собой (включая, увы, и вполне знакомых, часто близко), из неменьшего числа соответствующих письменных, кинематографических, историко-культурных упоминаний и намёков, неумолкающих досужих разговоров и обсуждений мотивов очередного добровольно погибшего.

Человек асуицидальный: миф или реальность?

Для последующего анализа нам потребуется введение гипотетических положений «абсолютно асуицидальной личности» и «абсолютно асуицидальной личности, наделённой просуицидальным эндофенотипом» (условно нулевой точки отсчёта – baseline). В первом случае перед нами человек, которого на протяжении всей его прожитой жизни никогда не посещали суицидальные намерения (даже в самой незначительной степени), существо совершенно гармоничное, бесконечно счастливое, принявшее с лёгкостью все непростые данности бытия, готовое рационально относиться к абсолютно любым вызовам реальности. Не импульсивное, не склонное к эмоциональным колебаниям, обидам и разочарованиям, как, впрочем, и всем прочим «прелестям» существования, делающим жизнь человека заурядного порой невыносимой и кажущейся бессмысленной. Во втором случае – перед нами фактически тот же самый человек, однако наделённый молчащей до поры до времени просуицидальной предиспозицией (личностно-психологического, нейробиохимического, генетического и прочего характера), которые в отсутствии значимых стрессоров, являются лишь некой, пока ни к чему не обязывающей, данностью. Итак, пусть это в первом случае и весьма сомнительный конструкт с позиции суицидологической практики, но давайте на время всё же допустим существование подобного человека, идеального с точки зрения суицидологии (что позднее поможет нам лучше понять суть плюсовых моделей суицидогенеза). Подобный реверанс в сторону маловероятной идеальной модели необходим и по причине того, что некоторые философствующие мыслители, общественно-религиозные деятели и институты, а также конкретные индивиды именно так и полагают. Первые, принципиально допускают и доказывают таковую возможность, последние (конкретные индивиды) – категорически, даже воинственно отстаивают подобную вероятность, опираясь на собственный эмпирический опыт: мне 30, 40, 50, 60 лет, и у меня *никогда* не было антивитальных переживаний, хотите верьте, хотите нет. И, кстати, некоторые из последних скажут и ещё кое-что для нас очень важное, а именно то, что несмотря на имевшиеся в их прошлом чрезвычайные стрессы («способные кого угодно до ручки довести»), они по какой-то причине их относительно легко преодолели, пережив, например, запредельный стыд и позор, скоропостижно потеряв ближайшее окружение, утратив вдруг все ценностные ориентиры и т.д. То есть, в вольной трактовке Фридриха Ницше, перенесшие любые «как» и «почему» …

Верить или нет людям, утверждающим, что никогда не испытывали антивитальные переживания, – вопрос риторический, уровня дотошного дознания, о чём мы подискутируем позднее, но попутно вспомним о психологических защитах (например, вытеснении и отрицании), способных напрочь изгнать подобный неконструктив из сознания ортодоксально правильно воспитанного человека («не убий себя»[1]), сызмальства обученного не думать о вещах неудобных или попросту пугающих. Более того, тема суицида и всего с ним так или иначе связанного (множество ликов аутоагрессивного поведения) традиционно, благодаря работе уже смещения, приписывается «понятной» декретированной группе лиц: это удел лишь больных, слабых, малодушных, всевозможных «недо»… Человек же здоровый, осознанный строитель чего-то большого и кузнец собственного счастья, на подобные выходки и выкрутасы (и никак не иначе) a priori и a posteriori категорически не способен.

Но даже убеждённые адепты существования подобной «абсолютно асуицидальной личности», на всякий случай отчего-то приговаривают, что «человек, видите ли, всё же по своей природе слаб», и статус асуицидальности может однажды поколебаться в результате уж слишком ненормативных испытаний (плюс-воздействий, способных существенно подпортить базовые установки). То есть, в практической плоскости, пресловутая асуицидальность носит всё же срочный характер: пока что-то подействовав или что-то не отказав, не изменило его на статус совершенно противоположный. Иначе говоря, подобная суицидозащищённая личность возможна: а) в идеальных условиях бытия, кои по определению возмож-

[1]Постановление Тридентского собора (1568) истолковывает шестую заповедь («не убий»), следуя взгляду блаженного Августина, как, категорически воспрещающую самоубийство

ны лишь в утопической вселенной (вряд ли в реальной жизни существует подобное идеальное пространство, начисто лишённое стрессов, микро- и макросоциальных конфликтов), либо, б) потенциально суицидогенные вызовы реальности чем-то с успехом гасятся (отрабатываются). Или, к сожалению, это «что-то» откровенно не справляется с имеющимися потрясениями, в результате чего человек вплотную знакомится с суицидальными переживаниями.

Вспомним известную цитату Л.Н. Толстого, указывающую на возможность спонтанного, фактически не вызванного значимой внешней причиной, возникновения антивитальных переживаний: «Мысль о самоубийстве пришла мне так же естественно, как прежде приходили мысли об улучшении жизни. Мысль эта была так соблазнительна, что я должен был употреблять против себя хитрости, чтобы не привести её слишком поспешно в исполнение... и это сделалось со мной в то время, когда со всех сторон было у меня то, что считается совершенным счастьем» [9].

Но пришло время всё же поиграть в следователей, детально проанализировав несколько клинических примеров. Того, как легко убеждённо асуицидальная позиция меняется на совершенно противоположную, что, однако, (а это второй этап «следствия») далеко не означает, что подобные намерения таки реализуются в фатальное действие.

Начнём с наиболее одиозного, многим отлично известного примера. Итак, несуицидальный (с его же слов) пациент, страдающий алкогольной зависимостью. Напомним, что алкогольная зависимость уже десятки лет рассматривается в качестве примера заболевания с выраженной аутоагрессивной составляющей [2, 10], более того, по мнению ряда учёных, основным драйвером его поступательного развития (форсирования темпа умирания) является именно аутоагрессивная направленность личности [11]. Перед нами мужчина средних лет, во второй стадии заболевания (запои, депрессивные похмельные состояния), угрызения совести, с заметными профессиональными и семейными проблемами. «Записное» саморазрушающее заболевание, но что мы слышим в ответ на вопрос: имел ли он хотя бы когда-нибудь антивитальные переживания (суицидальные мысли или попытки)? Конечно же – нет, никогда и ни при каких обстоятельствах. Можно смело ставить галочки в соответствующих строчках опросника: суицидальные намерения отсутствуют. Однако, хорошо зная особенности имеющегося расстройства, врач-нарколог начинает разговор «по душам»: мол, а как же кошки по утрам на душе скребущиеся, трёхдневные жёсткие похмелья, очередные обещания жене не пить, испуганные глаза детей… Вот тут и начинают постепенно всплывать нелицеприятные факты: было и не раз, может, не столь явно, а может быть и явно (но забылось). Беседа с близкими родственниками даёт ещё более ошеломляющие результата: да как же, третьего дня как из петли срезали [12]. Раскололи… При беглом опросе подобные пациенты только в 5-10% случаев припоминают о бывших у них соответствующих намерениях (суицидальных мыслях), прицельный же опрос [11] обнаруживает в 5-8 раз более высокие значения. «Миф» об асуицидальном наркологическом пациенте можно считать закрытым, но… тогда возникает новый, не менее «криминальный» вопрос: раз так всё неблагоприятно, то миллионы (а в историческом ракурсе – вероятно, миллиарды) страдающих алкогольной зависимостью должны были умереть от суицида, чуть ли не вся популяция поголовно. Справедливости ради отметим, что погибает их действительно много (до 14% от всех страдающих алкогольной болезнью) [11], а среди всех умерших от суицида число зависимых доходит до 15-60% [4, 10, 11]. Тем не менее, число благополучно продолжающих существовать и доживающих до глубокой старости (при том условии, что, они имеют бесконечное число причин и мотивов для добровольного перехода на сторону небытия) более, чем впечатляюще. Что же большинству из них позволяет продолжать жить, наперекор «чёрной метке алкоголизма» (по мнению I. Rossow (1995) алкогольная зависимость является альтернативным выбором самоубийству [10]).

Пример второй. Теперь возьмём группу куда менее одиозную, представляющую фактически нормативный срез популяции – студенческую молодёжь, на протяжении более десяти лет регулярно участвующую в проводимых нами исследованиях. Первая серия опроса проводилась «с хода», сразу после заполнения информированного согласия, и несмотря на анонимный формат обследования ответы на вопросы «Были ли у вас суицидальные попытки?» и «Были ли у вас суицидальные мысли?» в большинстве анкет – отрицательные. Потрясающая инициальная асуициальность. Вторая серия опроса проводилась после осуществления подготовки мотивационной (помогите честными ответами отечественной суицидологии, воз-

можно, ваши ответы в перспективе помогут спасти чьи-то жизни) и декантаминирующей (антивитальные переживания не являются чем-то ужасным, делающим вас плохими и т.д.). Теперь полученные значения могли поразить неподготовленного исследователя: соответствующие значения увеличивались кратно: суицидальные мысли (хотя бы «несерьёзные») отмечали заметно больше половины обследованных, пассивные суицидальные идеации (уснуть и не проснуться; лучше бы было бы умереть; заболеть бы смертельной болезнью; переехал бы грузовик; лучше бы не появляться на свет) отмечали большинство респондентов [12]. Но, как и в первом примере, можно со всей уверенностью констатировать: большинство (и это прекрасно) из имеющих даже серьёзные суицидальные намерения, фатальных суицидов не осуществят. Что-то реализовать подобное явно не позволяет.

Итак, у любого условно ментально здорового человека (вероятнее всего – у любого) наличие антивитальных переживаний в «приемлемых объёмах» – обычная часть его существования, в неприемлемых – повод для своевременного обращения к специалисту в области психического здоровья. В какой-то период своей жизни каждый со всей ясностью осознаёт имеющуюся возможность добровольного ухода из жизни, как, впрочем, и то, что так пока можно (целесообразно, принято) не поступать. Подобные рассуждения не новы, попытки решения вопроса, что же стоит за столь распространённой человеческой антивитальностью, предпринимались с античных времён: латиняне, греческие и зарождающиеся европейские мыслители высказали множество разноплановых версий (начиная от гнева Богов, происков нечистой силы, морального помешательства до вопиющей свободы человеческих выборов и констатации причудливости человеческой природы). Для нас сейчас важнее сам факт того, что подобные устремления не оставались без внимания, формируя представление об их близости роду человеческому. Тогда же были высказаны и предположения о дуальной сущности природы человека (провитальной и антивитальной), способные, кажется, объяснить столь непредсказуемую траекторию человеческих поступков (или хотя бы, присутствие антивитальных сенсаций). И «балом» правило то, что в данный конкретный момент преобладало. Но отдельным «гимном» регулярно звучало и «если есть, для чего, человек переживёт любые лишения и обстоятельства».

Размышления последующих нескольких сотен лет не внесли существенных корректив: в теории всё так же главенствовали схожие представления, борьбой противоположностей желающие хоть как-нибудь объяснить решение пресловутого “to be, or not to be, that is the question”. Жизнь или не жить – ответом на этот вопрос является результат взаимодействия (балансность / дисбалансность) провитальных и антивитальных устремления / инстинктов, чего-то, предположим, «за» преждевременное умирание и чего-то «против» такового (pro et contra). Танатос / Мортидо и Эрос у Зигмунда Фрейда и Сабины Шпильрейн [13], биофилия и некрофилия Эриха Фромма [14], Либидо и Лета Корделии Шмидт-Хеллерау [15], сценария, построенного на базе послания «Don’t be» (Не живи) и работы механизмов, противодействующих сценарным установкам в трансактном анализе [16]. Попутно отметим один важный нюанс, а именно то, с какой лёгкостью теории антивитальности (аутоагрессивности) принимаются за модели суицидального поведения. Часто приходится слышать: З. Фрейд считал, что причина самоубийств кроется в происках Танатоса, К.Г. Юнг в качестве основного «подозреваемого» предполагал желание перерождения, А. Адлер настаивал на значении преодоления неполноценности… Но эти теории (как и множество им подобных) скорее объясняют нам сам факт тотального присутствия у каждого из живущих антивитальных переживаний, но никак не суицидального поведения. Вывод здесь напрашивается простой: *теории аутоагрессивности личности и теории суицидального поведения – вещи достаточно различные*, находящиеся в отношениях подобно базису и надстройке марксистской теории. Вторые могут использовать в себе первые, но сама по себе личностная аутоагрессивность вовсе не является гарантом суицидального поведения (что, безусловно, очень хорошо).

Предварительно резюмируя, отметим, что антивитальные устремления являются облигатными человеческой природе, отношение к возможности их присутствия в жизни каждого конкретного человека определяется текущими индивидуальными и социальными уровнями лояльности в отношении таковых (факторами определяемым общественными и персональными «настройками»). Что не так уж и существенно для практической суицидологии: нам представляется, что среди умерших от самоубийства количество условных витаоптимистов (ранее категорически отрицающих возмож-

ность для себя суицида) и витапессимистов (терпимо относящихся к присутствию антивитальных переживаний) будет вполне соотносимое. Как, впрочем, и среди жить благополучно продолжающих. Но что же значительной части и тех, и других помогает благополучно существовать далее, сводя имеющиеся устремления в условиях всегда имеющихся возможностей на нет – нам как раз и предстоит выяснить.

К вопросу значения силы просуицидального воздействия и роли идентифицированных предикторов аутоагрессивного поведения (плюс-воздействий и плюс-факторов)

Данному аспекту посвящено бесконечное количество публикаций. Исследованы практически все вероятные кандидаты на роль таковых воздействий (учтены уровни выраженности и персональной значимости последних, условия суммирования), верифицированы многочисленные предикторы суицидального поведения (счёт пошёл на сотни или уже тысячи таковых), признаки, состояния и факторы ранжированы, разнесены по признаку своей природы (генетические, нейро-биохимические, клинические, поведенческие, анамнестические и т.д. и т.п.), степени условной злокачественности (детерминанты различного уровня и модификаторы и комодификаторы соответствующего риска и пр.).

Но. Никакое воздействие (самое кошмарное) не равно самоубийству или его попытке, но самая зряшная (со стороны наблюдателя) причина способна привести к необратимому действию. Безусловно, глупо спорить с тем фактом, что при более серьёзном потенциально суицидогенном воздействии риск возникновения суицида выше, чем при «просто подразнили» в классе или украли авторучку. Но как уже указывалось выше – исключений «из правил» хоть отбавляй. Для кого-то, например, утрата конечности (предположим, руки) – жуткая трагедия, моментально разрушающая иллюзии неуязвимости и целостности, результатом чего является суицид. Для кого-то другого, та же потеря конечности (-ей) ни разу не является поводом для насильственного прерывания жизни (многочисленные примеры параолимпийцев, летчика Алексея Петровича Маресьева и пр.).

То есть, реакция на стандартные просуицидальные потрясения (ситуации) априори различна: кто-то «на лёгеньком выпилился», кто-то выдержал кажущееся со стороны немыслимым. И линейности связи «сила воздействия – реакция» здесь отсутствует, достаточно вспомнить типичный пример из военной психиатрии: тоненький и невыдающийся очкарик, успешно пройдёт сквозь ужасы дедовщины, а владелец горы мышц, «крутой по жизни пацан, каратист и культурист», повесится в туалете после первой «тёмной».

Потенциальный просуицидогенный фактор (с его конкретными характеристиками) запустит суицидальный каскад лишь при определённых, благоприятствующих этому условиях. На ум сразу приходят упомянутые выше предикторы: вот в совокупности с ними-то фатальный результат гарантирован. Но это совершенно не так. Давайте более радикально сформулируем задачу и совместными усилиями определим фактор, ситуацию или их сочетание, которые неминуемо, с 100% вероятностью приведут человека к суициду. Генетические особенности, ненормальные пропорции нейромедиаторов, некие микро- или макросоциальные конфликты, сверхсуицидогенные когниции, трагические сценарные композиции или даже крайне нездоровое и агрессивное Мортидо? Однако согласитесь, никакая комбинация не даст нам «нужного» результата, в худшем случае, лишь существенно повысит определённые риски.

Мы вплотную подошли к парадоксу современной суицидологии: казалось бы, с каждым годом исследователям становится известными всё большие число кандидатов на роль «того самого Х фактора», их комбинации, казалось бы, готовы «вскрыть все карты» суицидогенеза, но пазлы пока так окончательно и не сложились. Каждый кандидат обычно хорош в некой узкой нише (объясняет что-то одно, либо лишь в какой-то конкретной группе, например, возрастной), в определённой ситуации, но… имеющаяся суицидологическая апория (от греч. ἀπορία – «безысходность, безвыходное положение»), несмотря на растущее количество наших знаний о предмете, далека от своего разрешения. Вспомните, сколько имеется солидных монографий и многостраничных публикаций, посвящённых генетике суицидального поведения. Неоднократно начинало казаться, что вот-вот секрет будет раскрыт: гены (кодируемые ими белки, последующие нейробиохимические процессы), присутствующие у значительного числа лиц, демонстрирующих повышенный суицидальный риск и даже с собой покончивших (в статистически значимых пределах в сравнении с контрольной группой), имеются у приличного числа лиц, в группу риска упорно не попадающих, прекрасно себя мироощущающих, несмотря на вынесенный приговор на генетическом уровне. И не менее значительная часть всё же погибших здорово испортит «убе-

дительную» статистику, вообще не обнаружив у себя установленных просуицидальных генетических комбинаций (тут, конечно, можно бесконечно долго рассуждать про экспрессию генов, их пенетрантность, гены-модификаторы, влияние эпигенетических модификаций и полигенность наследования признака). Как бы то ни было, позиция в отношении большинства известных *pro* факторов оппортунистична и «излишне гибка»: может быть да, а может быть – и нет (вероятно, поспособствует, но вполне возможно – не окажет никакого значимого влияния). И, вероятно, существует какой-то промежуточный элемент, модифицирующий, преломляющий через себя действие pro фактора, определяя в итоге уровень злокачественности влияния и фактический его результат.

Резюмируем: путь поиска причин и предикторов, очень вероятно, обречён на неудачу. *Любое, кажущееся самым фатальным воздействие является ничем в условиях чего-то, способного этому воздействию противостоять*. Именно это «чего-то», полноценно функционируя, позволяет совладать с любым несмываемым позором, с любыми ограничениями и поражениями в правах, с нечеловеческими условиями и лишениями. В случае же своей недостаточности с лёгкостью делает украденную у школьника шариковую ручку достаточной причиной для самоубийства.

Достижения плюс- (pro-) суицидологии

Начнём с пояснения идеи плюс / минус концепций суицидогенеза. Нами использована аналогия с понятиями «плюс-ткань» и «минус-ткань» в дерматологии: если форменный элемент возвышается над кожей или слизистой (то есть, добавляется что-то до этого момента отсутствующее) – это плюсовой элемент (папула, пустула, бугорок и пр.), если же образуется структурный дефект с выпадением фрагмента ранее присутствующей ткани (эрозия, язва, атрофический рубец), то речь ведётся о минус-ткань форменном элементе…

Итак, *суицидальное поведение*. Для иллюстрации плюсового подхода вернёмся к ранее озвученной идее существования «абсолютно асуицидальной личности» и «абсолютно асуицидальной личности, наделённой просуицидальным эндофенотипом» (baseline для всех плюс моделей).

Как же запускается суицидогенез в данном случае? Всё достаточно просто и изящно: наш, до поры до времени, асуицидал (с или без специфического эндофенотипа или набора всевозможных предикторов) прекрасно себя чувствует и ни о каком суициде всерьёз не помышляет (может иногда расстраиваться и про это мимоходом задумываться, но не более того), до того самого момента, когда в его жизни впервые не возникает индивидуально значимый именно для него просуицидальный фактор X, в результате чего, асуицидальность в один момент или в течение какого-то относительно непродолжительного времени исчезает: наш персонаж начинает рассматривать возможность самоубийства в качестве чуть ли не лучшего решения сложившейся, персонально невыносимой ситуации. То есть, количество или качество плюс-факторов (ante- и pro- характера) становятся достаточными для старта совершенно реального суицидального трека. Что-то добавилось к уровню baseline до такой степени, что сделало систему неустойчивой, в свою очередь, снижение интенсивности «добавки X» или прекращение её действия, теоретически, возвращая систему к прежнему baseline состоянию, выключает запустившийся ранее суицидальный каскад.

Давайте совершим краткую экскурсию в отношении наиболее значимых на сегодня моделей суицидогенеза, попутно проанализировав, в какой степени таковые носят именно плюсовой характер. Мы воздержимся и от анализа максимально плюсовой медицинской модели суицидогенеза Жан-Этьена Доменика Эскироля [17], безапелляционно постулирующей: «самоубийство – является продуктом болезненно измененной психики…». Размышления господ психоаналитиков и неофрейдистов также оставим за рамками нашего повествования, поскольку большинство их концепций касается не суицидогенеза, а его предтечи – природы личностной аутоагрессивности, как и гениальную в своей простоте S-R модель бихевиористов (научения суицидальному типу реагирования). Отдельно упомянем подход Карен Хорни [18], утверждавшей, что для возникновения у человека желания добровольного ухода должно непременно возникнуть сочетание ряда психологических и социальных факторов, когда окружающая реальность начинает восприниматься исключительно враждебно. Итак – в упрощённом виде имелся некий baseline (нулевой уровень личности в отношении реализации суицидальных замыслов), что-то сложилось определённым образом (чего ранее не было), запустив таким образом суицидальное поведение. Классическая плюсовая концепция. На всякий случай оговоримся, что даже если упомянутым фактором является депрессия и переживание безнадёжности – это тоже плюсовые

феномены, ведь возникновение у пациента подобных симптомов ознаменует появление в его психической жизни чего-то абсолютно нового, что ранее там отсутствовало.

Продолжим экскурс анализом социологической концепции Эмиля Дюркгейма, вероятно, явившейся первой из относительно стройных и обоснованных моделей суицидогенеза [1]. Итак, аномический механизм, (протестное) самоубийство совершается человеком, оторванным от адекватных социальных взаимоотношений: в случаях потери работы, экономической нестабильности, развода, вынужденной миграции и других причин; альтруистический вариант – это уже принесение себя в жертву, чрезмерное чувство долга или желание кого-то спасти, «смерть за идею»; эгоистический – направлен на разрешение собственных внутренних конфликтов посредством причинения себе вреда в попытке доказать окружающим их неправоту; фаталистический тип – суицид, вызванный вынужденным существованием в позиции жертвы, ограничении свободы и т.д. Перед нами классический образчик плюсового подхода: те или иные изменения в статусе человека, логичным для Дюркгейма образом, влекут за собой суицидальное поведение.

Отечественные работы А.Г. Амбрумовой [19], как и более ранние, относимые к кластеру моделей личностного кризиса (социально-психологической дезадаптации) [6], посвящены изучению влияния социально-психологической дезадаптации, делающей личность восприимчивой к воздействию огромного числа просуицидальных факторов (к многим из которых человек может быть вполне устойчив в интактных условиях). На первый взгляд, концепции находятся в плоскости смешанной идеологии. Что-то исчезает (или всё же появляется) в личностной организации, позволяя возникнуть ситуационной реакции, исключающей возможность удовлетворения потребности известными и доступными индивиду способами. Однако, ставка всё же в куда более значительной степени делается именно на плюс компоненты суицидогенеза.

Любопытной плюсовой теорией является и созданная Аароном Беком и Эми Венцель когнитивная модель суицидального поведения [20]. Авторы, изучая аффективную патологию, предложили оригинальную модель, в основе которой лежит положение о работе дисфункциональных убеждений, вызывающих отрицательные эмоции и верования («негативная триада»). Подобные сбои мышления ведут к тому, что негативные чувства, возникающие при стрессе, многократно усиливаются, трансформируясь в безысходность и беспомощность, лежащие уже в основе суицидальных устремлений.

В 1993 г. Эдвин Шнейдман предложил мотивационную теорию суицидального поведения, выделив в структуре суицида совокупность характеристик: цель (решение), задача (прекращение сознания), стимул (невыносимое душевное состояние), стрессор (невозможность удовлетворить потребности, фрустрация), эмоции (беспомощность, безнадёжность, угнетенность), внутреннее состояние и отношение (амбивалентность), психическое состояние (сужение когнитивной сферы), коммуникация (сообщение об интенциях) [21]. Автор полагал, что самоубийство является ответом на психологически болезненное состояние (чувство боли), и ответ этот – целенаправленная попытка от этой боли освободиться, посредством так называемой «эгрессии» (бегства от своего психического и психологического состояния, состояния фрустрации и беспомощности). Несомненно, перед нами преимущественно плюсовая модель суицидогенеза, касающаяся, прежде всего, дестабилизации baseline асуицидальной позиции.

Получившая в последнее время значительное распространение интерперсональная теория Томаса Джойнера [22, 23] является скорее также представителем плюс-направления. Концепты «брошенность» и «восприятие себя как бремени» являются безусловными новообразованиями в прежде интактной и самодостаточной психике асуицидала (плюс-компоненты теории). При возникновении подобных, суицид начинает рассматриваться в качестве реальной альтернативы им. Позже авторами будет добавлен и третий фактор – возможность совершения самоубийства (хочу и имею таковую возможность). Сформулированный в теории один из трёх основных компонентов суицидогенеза, а именно, подавленная принадлежность (принадлежность как базовая потребность человека, отражающая его соотнесенность с другими людьми и социумом в целом) относится уже к минусовому полюсу (утраты важных контрсуицидальных конструктов).

В этом же контексте представляет интерес и модель развития суицидального поведения Джефри Бридж, Тины Голдштейн и Девида Брента [24], в которой наряду с традиционными плюс-компонентами (сочетания аффективных нарушений и склонности к агрессивным реакциям на фрустрирующие события), авторами озвучивается и важность присутствия факто-

ров, защищающих от суицида (крепких семейные и дружеские взаимоотношения, культурные и религиозные особенности), декомпенсацию которых можно было бы отнести к кризису защитных факторов (минус-компоненту суицидогенеза), однако, авторы ведут речь о таковых в контексте «хорошо, если это присутствует» (желательности их присутствия).

Предложенные Джоном Манном [25, 26] и Киисом Ван Хееринген [27] модели «стресс-диатеза» больше тяготеют к плюсовым подходам. Диатез, рассматриваемый в качестве предрасполагающего фактора (почвы), значимый стресс, является воздействием, непосредственно запускающим суицидальный каскад. У Дж. Манна [25] диатез обуславливается врождённой или приобретённой предрасположенностью, стрессоры, являясь разнообразными неблагоприятными воздействиями психологического и социального характера, на фоне диатеза получают режим максимального благоприятствования. Модель Ван Хееринген, имея сходную структуру, значительно шире лишь суицидологической плоскости, затрагивая в себе риски развития иной психической патологии. Предложенный автором концепт «порогового значения» (суммации воздействий в нашем понимании) демонстрирует индивидуальные пороги терпения, превышение которых приводит к отрицательным последствиям. Оперирование факторами генетической предрасположенности, восприимчивым эндофенотипом позволяет отнести данные модели к дестабилизации «асуицидала, наделённого просуицидальным эндофенотипом».

Созвучной данным моделям является и теория «стресс-уязвимости», предложенная Данутой Вассерман [28, 29]: взаимодействие предрасположенности к специфическому стрессу с факторами риска развития суицидального поведения с одной стороны, и с факторами защиты от такового, с другой. Так же, как и Дж. Манн с К. Ван Хееринген, Д. Вассерман отмечает важную роль врождённой предрасположенности к стрессу, либо формирование таковой в процессе индивидуального развития. Выделенные факторы риска возникновения суицидального поведения (наличие психических заболеваний, негативные эмоциональные состояния и события) представляют собой переменные плюсового полюса, но описываемые защитные факторы (крепкие социальные связи, поддержка со стороны окружающих, стабильная самооценка, доступность медицинской помощи, готовность эту помощь получить и приверженность лечению) вероятнее всего можно рассматривать в качестве потенциальных минус-компонентов (однако, не имеющих решающего значения).

Субкультуральная модель суицидального поведения Девида Лестера [30, 31] объясняет суицидальное поведение с позиции сформированных ценностей и культурных норм человека. Суицид является результатом усвоения неких норм, ценностно-смысловых установок и закономерностей поведения, то есть, выученного поведения. Являясь результатом интериоризации, подобное поведение уже не является для человека чем-то одиозным или постыдным. К примеру, окружающая социальная депрессивность ориентирует людей на соответствующую индивидуальную аффективную реакцию, следствием чего может являться уже суицидальное поведение. Концепция применима и в отношении локальным социальных групп (молодёжные субкультуры, группы смерти и пр.). Смысл модели, без сомнения, плюсовой: «что-то должно быть, чтобы…». А не «что-то должно исчезнуть, чтобы, что-то случилось…» (минус-модель).

Концепции Рональда Марис (1981), построенная вокруг теории копинга, в некоторой степени созвучна идее Д. Лестера, и предполагает, что опыт неудачного контакта со стрессовыми воздействиями создаёт в будущем неконструктивные варианты адаптации, в свою очередь, определяющие последующие стратегии саморазрушающего поведения [32]. Сформированные патологические формы преодоления (совладания) со стрессом относятся к плюс-компонентам суицидального генеза.

В нарративно-кризисной модели Игоря Галынкера [33] предполагается, что человек готовый совершить суицид, оценивает свою жизнь как историю тупиковых последовательностей (так называемый, суицидальный нарратив), приводящих его к состоянию, когда самоубийство начинает расцениваться в качестве наиболее приемлемого способа прекращения душевной боли и мучительных негативных размышлений. Все три компонента модели преимущественно плюсового полюса, как то: уязвимые черты характера (особенности темперамента, ранние неблагоприятные переживания, социальная приемлемость самоубийства в качестве решения проблем), суицидальный нарратив (охваченность своим суицидальным повествованием, идеями о бесполезном прошлом, невыносимом настоящем или отсутствии будущего, создающих вакуум ценности личности) и син-

дром суицидального кризиса (эмоциональное состояние невыносимой тревоги, возбуждения, острой ангедонии, потери когнитивного контроля).

Интегративная мотивационноволевая концепция Рори О'Коннора [34, 35], состоящая из трёх фаз, учитывает последствия стресса, неблагоприятных факторов окружающей среды и определённые жизненные события (домотивационная фаза), способствующих формированию негативных эмоциональных реакций и суицидальных мыслей (мотивационная фаза), и осознанное осуществление суицидального акта (волевая фаза). Все используемые в ней факторы суицидогенеза носят преимущественно плюсовой характер.

В теории трёх шагов (3ST) Девида Клонски и Алексис Мей [36] важнейшим фактором для зарождения суицидальных намерений является переживание психической боли с формированием безнадёжности. Являясь типичным представителем плюс-полюса концепций суицидогенеза (в том числе и в отношении предлагаемых шагов в терапии суицидальных клиентов), модель, тем не менее, учитывает факторы социальной поддержки и наличия референтной группы, отсутствие которых облегчает формирующуюся суицидальную траекторию. Последнее положение позволяет отнести 3ST модель к представителям переходных плюс / минус подходов.

Предложенная Ю.Р. Вагиным теория суицидального поведения [37, 38] сконцентрирована вокруг некого «драйвера», направленного на сокращение индивидуального функционирования, активизирующегося при суммировании определённых биологических, психологических и поведенческих компонентов. В целом подход преимущественно плюсовой, однако последний из предлагаемых компонентов авитальной активности (десоциальная активность) представляет собой скорее минус - составляющую модели (речь идёт о осознанном или неосознанном отстранении от социальных контактов, стремлении к уединению, нежелании иметь близкое окружение и взаимодействовать с окружающими).

В теории многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра [39] все основные блоки (макросоциальный, семейный, личностный и интерперсональный) описываются в терминах плюс-подхода суицидогенеза – суммация определённых паттернов даст нам «нужный» результат (массовая алкоголизация общества, потеря близких, насилие и ограничение свободы, неспособность совладать со стрессовыми воздействиями, тревожность, проблемы в социальных взаимоотношениях, социальная дезадаптация, конфликты).

В предложенной Б.С. Положим [4] концептуальной модели суицидального поведения ставка также делается на набор (присутствие) определённых признаков или состояний в этиопатогенетическом блоке модели (детерминант 1 и 2 порядка), способных существенно повысить суицидальные риски.

Структурно-эпигенетическая модель Густаво Турецки [40], связывает суицидальное поведение с генетическими изменениями, которые возникают под влиянием внешних факторов. При необходимом сочетании внешних негативных факторов, унаследованные гены фасилитируют развитие суицидального поведения. Описываемый подход, без всяких сомнений, является типичным представителем суммационного плюс-направления. Как и биоповеденческая эпигенетическая модель В.А. Розанова [41], делающая преимущественно ставку также на эпигенетические механизмы суицидогенеза.

Множество появившихся в последние годы биологических теорий, построенных вокруг врождённых или приобретенных изменений в серотонинергической, дофаминергической, ГАМК-эргической системах, системе нейротрофического фактора мозга, дисфункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и пр. систем, являются характерными представителями плюс-идеалогии суицидогенеза [4, 42].

В заключении констатируем преобладающую в последние годы тенденцию в теориях суицидогенеза: не обнаружив лишь одного ведущего механизма (биологического, социального, психологического и пр.), научная мысль движется в сторону коллаборативного решения: создания суммационных (плюс-) биопсихосоциальных моделей, подразумевающих необходимость кумулятивного, сочетанного влияния психологических, социальных и поведенческих процессов [3, 4, 43].

Резюмируем графически положения, касающиеся проанализированных плюс моделей (Рис. 1).

Отметим, что антисуицидальным барьерам (системам) в плюс-моделях часто отводится второстепенное, и, в некотором смысле, пассивное значение: подключение их осуществляется «по требованию» в момент уже возникшего просуицидального контакта.

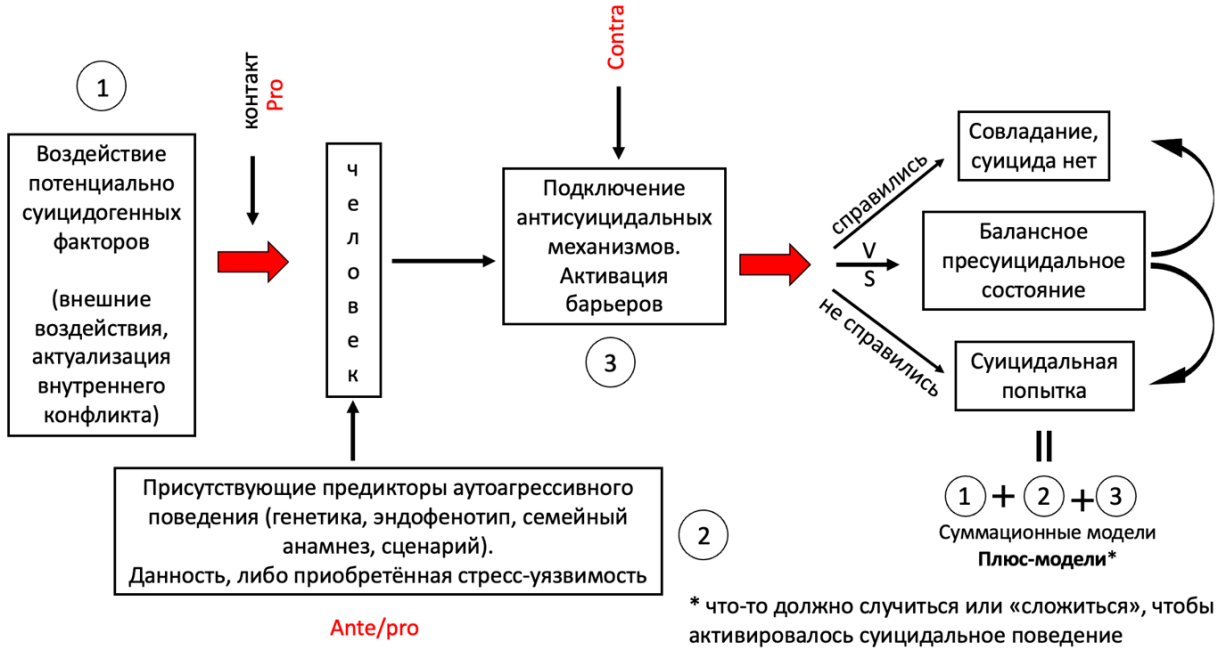

Рис. 1. Обобщённая схема плюс-моделей суицидогенеза.

Напрашивается аналогия с чуть запоздало выезжающей на вызов «Пожарной машиной»: она как бы всегда наготове в гараже пожарной части, но предвосхитить возгорание ей не суждено, поскольку территориально она, увы, «на запасном пути», и существует приличная временная задержка от «звонка о пожаре» до прибытия пожарников на место возгорания (то есть, не всегда имеется возможность подключиться на этапе «искры, от которой разгорится пламя»).

Достижения описательной суицидологии

Начнём с описания идеального самоубийства, «гуляющего» по сети, согласно сопровождающей его легенде, скомпилированного изданием «Esquire» (так это или нет, достоверно нашей команде выяснить не удалось) на базе многочисленных публикаций D. Lestera [44]. Мы позволим себе не приводить «пристатейный» список работ, поскольку с ним тоже есть определённые проблемы в отношении верификации источников, оставив для наглядности только их обширную нумерацию. Реальная ли это работа или банальный фейк, для нашего повествования, на самом деле, не имеет ровным счётом никакого значения, поскольку, во-первых, таковая компиляция без труда может быть пересобрана в куда более обширном объёме (учитывая накопившиеся сотни тысяч научных статей с очень сходными дизайнами их осуществления), во-вторых, даже если это фейк, его автор обладает несомненным чутьём и характерным образом мышления, отражающим особенности плюсового подхода и парадигму суицидологических исследований описательного характера.

Итак: «Был понедельник[1], дул ветер[2]. В Европейской стране[3] продолжалась зима[4]. Страна была демократическая[5], немусульманская[6] с религиозным плюрализмом[7], граждане которой недавно получили право на владение огнестрельным оружием[8]. За окнами камеры для приговоренных к смерти[9] ходили пьяные люди[10], праздновавшие Новый год[1], но он[11] был трезв[12] – только что недавно бросил[13]. С прошедшим днем рождения[14] его не поздравили ни однополчане (он не служил)[15], ни коллеги (работы не было уже давно)[16], ни жена (которая бросила его[17], узнав о его гомосексуальных наклонностях)[18], ни финно-угорская бабушка[19] родом из Восточной Сибири[20] – он потерял её в юном возрасте[21]. Невеселая музыка гимна[22] чужой для него страны[23] сопровождала слова[24], которые совсем наводили тоску. Было стыдно[25]. Несмотря на перфекционизм[26] и высокий коэффициент интеллекта[27], карьера его к 50 годам[28] не задалась[29]. Даже донора из него не получилось, несмотря на редкую группу крови [30] и низкий холестерол[31]. Может быть, дело было в высокой тревожности[32], а может, в запущенном раке[33]. Либо стать даосистом[34], либо покончить с собой – тем более, что в этой стране суицид был недавно декриминализован[35]. Едва ли надо писать предсмертную записку[36], но если писать, то без отрицаний и жалоб[37]. Он оглянулся вокруг в поисках какого-нибудь инструмента[38]».

Обратите внимание, перед нами классический плюсовой образ суицидологического мышления: чем больше достойных предикторов и запускающих факторов имеет клиент, тем больше вероятность того, что он добровольно отправится на тот свет. Однако, чуть выше нами уже была предпринята неудачная попытка создания однозначно суицидальной диспозиции…

Чего же добилась суицидология, бесконечно пытаясь ответить на вопрос, в силу каких появившихся (вскрывшихся) в жизни обстоятельств человек покончил с собой, что этому способствовало из имеющихся у него предикторов? Достаточна ли была по силе причина?

В результате мы имеем обширнейший банк данных «pro»-факторов, их уже сотни, тысячи или десятки тысяч. Но сильно ли это облегчило работу суицидологов? Переросло ли количество в ожидаемое качество? К сожалению, скорее нет, чем да.

Что же, кроме обширнейшей статистики, описания человека суицидального и возможности расчёта гипотетических предполагаемых рисков они нам предоставили?

Итак, чтобы не покончить с собой требуется не так уж и много: не иметь сотни предикторов (включая скомпрометировавшие себя гены и запрограммированные ими биохимические процессы), не быть склонным к депрессиям (и прочим психическим заболеваниям), не расстраиваться сильно (а значит, не любить, не ссориться, не работать), не реагировать на социальные потрясения, не читать книг про молодого Вертера, не рефлексировать и пр. Изучая сторону «pro», мы так и не получили ответ на вопрос: так почему же кто-то суицидальным образом отреагирует, а кто-то (несмотря на все присутствующие, усиливающие вероятность суицида, предикторы) – нет. Кроме того, становится совершенно очевидно, что мы никого на этой планете не сможем полностью вывести из-под удара многочисленных pro влияний, не сумеем устранить большинство предикторов и модификаторов суицидального поведения (к примеру, гены финно-угорской бабули…), что, к сожалению, означает существенную ограниченность в использовании плюсовых составляющих в построении эффективных профилактических и лечебных программ.

В свете написанного напрашивается любопытная аналогия. Вероятно, нам пришлось столкнуться с явлением, обратным «парадоксу выжившего». О чём идёт речь? Парадокс выжившего (систематическая ошибка выжившего, англ. “survivorship bias”) является когнитивным искажением, при котором выводы делаются на основе данных только о «выживших» объектах, при этом игнорируется информация о «погибших», что приводит к искажённым заключениям. Известность парадокс приобрел благодаря математику Абрахаму Вальду (Abraham Wald), которому в годы Второй мировой войны поручили изучить, какие места на самолётах наиболее уязвимы. Учёный обратил внимание, что выводы делаются на основе анализа повреждений вернувшихся самолётов, а не всех, которые участвовали в бою. Он предложил укреплять не те места, где было больше всего пробоин, а те, которые у вернувшихся самолётов были не повреждены.

Суицидологи же наоборот слишком увлечены погибшими и почти погибшими в результате суицидов (условно «невернувшимися самолетами»), забывая о наличии несомненных преимуществ у тех, кто думал о самоубийстве (а, как мы выяснили выше, периодически подобные мысли приходят почти всем), часто делая это серьёзно и обстоятельно, и даже был почти готов его совершить, но в итоге от его реализации отказался, сумев-таки остаться в живых (это наши потрёпанные боем «pro et contra», но с успехом «вернувшиеся самолеты»). Которые следует более детально изучать, укрепляя то, что им с успехом помогло вернуться из путешествия в пресуицидальный ад. Парадокс, обратный парадоксу выживших в классическом его виде, изучение и понимание которого (факторов «contra»), позволяет увидеть психотерапевтические и профилактические горизонты в совершенно ином свете.

Проведённые нами многочисленные интервью с выжившими позволили выяснить основные причины, почему кто-то так и не решился на суицид (самостоятельно «вернулся») и что до последнего момента удерживало тех, кто неудавшуюся попытку всё же предпринял. Ранее высказавшиеся мысли о том, что особенности механизма преодоления стресса способны оказывать значимое влияние на процесс суицидокинеза и терапевтической активности (фрагмента акцентного подхода) [45] в определённой степени созвучны предлагаемой концепции.

Декомпенсаторная (минус-) модель суицидального поведения

В предлагаемой вашему вниманию модели мы опирались на нескольких положений:

1) антивитальные переживания (устремления) бывают абсолютно у всех людей;

2) продолжающие жить имеют определённые механизмы, успешно гасящие возникаю-

щие антивитальные сенсации (контр-суицидальная система);

3) её крушение или изначальный дефицит приводят к возможности осуществления суицида. Самоубийство, предполагающее бескомпромиссный, нередко длительный поединок между жизнью и смертью, возникает в условиях поражения всего того, что удерживало когда-то суицидента на этом свете.

Основные блоки, принцип их взаимодействия и концептуальная композиция декомпенсаторной (минус-) модели суицидогенеза отражена на рис. 2.

Данную модель, прежде всего, отличает отводящееся в ней первостепенное значение уровню и качеству функционирования именно контр-суицидальной системы (КСС), декомпенсация которой приводит к сенсибилизации (беззащитности) личности в отношении влияния внешних и внутренних pro-факторов. Основным положением модели является идея, что в условиях эффективно и полномасштабно работающей КСС, потенциально считающиеся просуицидальными воздействия, не будут оказывать фатального или вообще какого-то сколько-нибудь серьёзного действия. КСС, в свою очередь, состоит из восьми независимых и универсальных контрсуицидальных блоков (КСБ), которые подробно будут рассмотрены во второй части работы. Таковые могут находиться в режиме полноценного функционирования (блокируя возможные суицидальные идеи и намерения), быть декомпенсированными / изначально отсутствовать или быть слабо развитыми (большинство просуицидальных вызовов, увы, «попадут в цель»).

При условии полноценно работающей КСС мы, вполне возможно, имеем как раз асуицидальную личность, готовую к отражению на всей протяжённости жизни любых просуицидальных воздействий.

КСС (составляющие её блоки) закладывается в процессе индивидуального развития, воспитания и социализации. Система является постоянно активной, срабатывая не в момент контакта с потенциальным суицидогенным фактором, а перманентно осуществляя взаимодействие с возникающими разной интенсивности антивитальными переживаниями.

КСС в фоновом (мало осознаваемом) режиме отрабатывает угрозы условно нормативного уровня (задумался о имеющейся возможности, но скоренько отмахнулся, ведь планов громадьё…), создаёт реальные и мифологические смыслы, ценности и цели существования (усиливая, подвергая ревизии и обновлению уже имеющиеся), формирует стандартные (приемлемые) решения затруднительных с позиции экзистенции вопросов.

Осознаваемым психическим конструктом КСС становится в момент серьёзных контактов с более значительными (или индивидуально значимыми) просуицидальными факторами.

Рис. 2. Декомпенсаторная (минус-) модель суицидогенеза.

Иными словами, КСС является всегда присутствующей составляющей психического аппарата, прекрасно способной обойтись без серьёзных испытаний своей вероятной эффективности. Кризисный вариант её работы (в условиях контакта с серьёзным вызовом) является лишь вынужденным, нештатным режимом.

Воздействие запускающего просуицидального фактора для осуществления самоубийства обычно необходимо, но далеко не является определяющим вероятность суицида (в условиях эффективно работающей КСС). Действие плюс-воздействия часто сводится к усилению той или иной негативной внутренней позиции человека думающего (homo cogitus), по причине чего возникают суицидальные реакции на крайне незначительные (с позиции стороннего наблюдателя и даже профильного специалиста) просуицидальные контакты (украденная шариковая ручка). Влияние pro-фактора X, таким образом, практически непредсказуемо: минимальное воздействие его может привести к суициду в условиях декомпенсированной КСС и, напротив, его запредельная выраженность может не дать ровным счётом никакой реакции.

Факторы, снижающие эффективность КСС (экзо- и эндо- составляющие декомпенсации), повышают чувствительность к просуицидальным вызовам. Декомпенсация КСС (конкретных КБС) в наиболее типовом варианте предшествует воздействию, запустившему в итоге суицидальный трек.

Разум homo cogitus, задающий самому себе (и окружающим) неудобные, но вполне логичные вопросы, генерирует массу рутинной работы КСС, создавая поводы для её эндодекомпенсации (как, впрочем, при иных обстоятельствах, для укрепления её позиций). В первом случае – за счёт растущего набора антивитальных констатаций и озарений: о неминуемой смерти, возможно, мучительной и болезненной, предстоящих или имеющихся серьёзных заболеваниях, абсурдности существования как относительно медленного или галопообразного движения к неминуемому умиранию, сомнений в существовании Бога. С другой стороны – подкидываемые экзистенциальные задачи регулярно тренируют КСС, позволяя последней создавать упомянутые выше стандартные наборы решений типовых вызовов (Бог точно не велит; тебе ли знать планы Всевышнего; мама как расстроится; утро вечера мудренее и т.д.).

Большинство плюс-факторов уровня предикторов суицидального поведения (генетические характеристики; особенности реагирования на стрессы; личностные особенности; неблагоприятный наркологической профиль) образует экзо-составляющую декомпенсации.

Просуицидальный фактор (pro- воздействие) обычно прямо не направлен на деструкцию составляющих КСС, как это может показаться на первый взгляд (безусловно, имеются исключения из этого правила). Pro-фактор и КСС являются, по сути, «независимыми епархиями» и вопрос их взаимодействия отражает динамическую переменную возникшего контакта между ними: *будет ли способна КСС блокировать конкретное просуицидальное воздействие, либо случившаяся (имевшаяся) декомпенсация её КСБ допустит трансформацию возникшего контакта в непосредственное суицидальное поведение.* Миссия КСС – погасить возникший стимул до перехода личности к активным суицидальным действиям. Если же стимул всё же запустил суицидальный каскад вплоть до этапа непосредственного осуществления замысла, причину этого следует искать в декомпенсации составляющих КСС.

Имеются возможности оценки особенностей функционирования КСС (её отдельных блоков) на любом этапе контакта с суицидально настроенной личностью, а также при скрининговых исследованиях неидентифицированных контингентов (подробно будет изложено в третьей части сообщения)

Декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения способна предложить осязаемые точки приложения терапевтической активности, направленные на усиление или ревизию декомпенсированного (изначально недостаточного) КБС, оживление коллатералей внутри КСС.

Эпилог: главный вопрос суицидологии

Однажды Альбер Камю напишет всем знакомые строки: «Есть лишь одна по-настоящему серьёзная философская проблема – проблема самоубийства. Решить, стоит или не стоит жизнь того, чтобы её прожить, значит ответить на фундаментальный вопрос философии. Всё остальное – имеет ли мир три измерения, руководствуется ли разум девятью или двенадцатью категориями, второстепенно» [46].

Учитывая вышеизложенное, главным вопросом суицидологии, является формулировка, крайне созвучная главному вопросу философии в понимании А. Камю: почему этот конкретный человек, несмотря на имеющиеся абсолютно у всех живущих антивитальные переживания и просуицидальные воздействия (как ante, так и pro характера), по-прежнему, всё ещё жив. Что даёт ему силы и основания прожить отведённые ему годы, часто невзирая на присутствие

безусловного просуицидального эндофенотипа, ряда запредельных психоэмоциональных, социальных и пр. потрясений? Вопрос не в том, почему кто-то покончил с собой, вопрос в том, ПОЧЕМУ и ЧТО могло бы удержать его от самоубийства; ЧТО даёт счастливо живущим на этом свете способность и желание существовать далее…[1]

Очень возможно, что, традиционно интересуясь причинами некого поступка, мы работаем «не в ту сторону и не с тем». Меряем «не с того конца», определяя причины и факторы риска возможного суицида, гораздо логичнее осуществлять замеры с противоположной стороны «баррикад». Что им противодействует, сглаживает и нивелирует воздействие или хроническое присутствие pro-воздействий. Не что привело, а что позволяло до какого-то момента суицида избежать (и избегать его впредь), что за механизмы лежат в основе здорового выживания.

Выводы:

1. Следует согласиться с обоснованным мнением, что используемые в настоящее время модели суицидогенеза (преимущественно плюсового характера) в основной своей массе обладают схожим недостатком: абсолютизацией роли какого-либо одного или группы родственных факторов без придания должного значения другим переменным, играющим не менее важную роль в возникновении и развитии суицидального процесса [4].

2. Анализ плюсовых (суммационных) моделей суицидального поведения не даёт ответа, что же (совокупность чего и в каком объёме) способно привести к суициду некого конкретного индивида. Антисуицидальные факторы (если таковые обсуждаются в конкретной теории) носят зачастую статический характер, присутствие которых гипотетически суицидальный риск может снизить (но может и не снизить, как например, наличие семьи, регулярное посещение церкви и многое другое из признанных протективных факторов, обнаруживаемых у покончивших с собой). И, вероятнее всего, значение играет не формальное наличие таковых, а их качественные характеристики.

3. Описательный подход в суицидологии к настоящему времени позволил накопить весьма внушительный объём факторов-кандидатов и установленных предикторов суицидального поведения, однако, их значимость весьма относительна: полученный массив, безусловно, способствует прикидочной оценке суицидального риска, однако в плане профилактической и терапевтической работы его значение существенно меньше. Большинство из известных факторов, либо уже оказали своё влияние, «переиграть» которое маловероятно (генетические особенности, детский травматичный опыт и пр.), воздействие же других не представляется возможным исключить снова в будущем (сделать так, чтобы больше не бросала девушка; чтобы никогда не критиковали на работе и т.д.).

4. Предлагаемая декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения лишена ряда озвученных недостатков и строится на следующих положениях: антивитальные переживания (устремления) отмечаются абсолютно у всех людей; большинство живущих имеют определённую систему, этому противодействующую, направленную на инактивацию антивитальных сенсаций; именно декомпенсация контр-суицидальной (провитальной) системы или изначальный дефицит её блоков делают возможной реализацию суицидальных намерений. В этой связи становится понятным нелинейность связи мощности воздействующего просуицидального фактора и полученного результата. Контр-суицидальная система работает в перманентном режиме, организуя провитальные траектории развития, смыслы и ценности существования, создавая антитезы суицидальным вызовам в случае их присутствия. Её модули носят универсальный характер.

5. Подобная модель способна предложить интегративный подход к профилактике и терапии суицидального поведения. Вокабуляр КСС исключительно провитален, что позволяет использовать модель в диагностике и мягкой профилактике аутоагрессивных устремлений у интактного контингента, без необходимости непосредственного заострения внимания на теме саморазрущающего поведения (в частности, суицидального).

6. Главным вопросом суицидологии является обсуждение того, что же позволяет человеку продолжать жить в условиях присутствия антивитальных переживаний, сотен поводов (pro) разрешить некую ситуацию или конфликт через суицид. Что делает такой трек невозможным для конкретного человека и что мы способны усилить у иного индивида, подобную траекторию рассматривающего как вполне приемлемую.

[1]Однажды с судебными врачами мы изучали суициды больных алкогольной зависимостью. Задачей патолога являлось обнаружение висцеральных признаков алкогольной болезни у суицидентов. Во время вскрытия доктор замер, сказав слова, ставшие предтечей данного исследования: вопрос не в том, почему он умер, вопрос в том, как он умудрялся жить с такой кучей несовместимых с жизнью изменений…

THE DECOMPENSATORY (MINUS) MODEL OF SUICIDAL BEHAVIOR. PART I. PLUS / MINUS MODELS OF SUICIDOGENESIS, THE MAIN ISSUE OF SUICIDOLOGY

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

Abstract:

The problem of suicide is the most serious and still unresolved challenge to all of the humanity. The most important issue is the need to understand the mechanisms of suicidogenesis, as this is the key to solving the existing problem. To date, most of the likely candidates for the role of prosuicidal (plus-) factors have been studied, which together can not only increase the hypothetical risk of suicide, but also, with some degree of probability, be its cause. However, the paradox of the positive concepts of suicidogenesis, which postulate the role of suicidal events and circumstances brought into a person's life, is that no impact (even the most nightmarish) is equal to suicide or its attempt. The seemingly most fatal impact is nothing if there are conditions conducive to leveling it. It is the mechanism that, when fully functioning, makes it possible to cope with any indelible shame, restrictions and defeats in rights, inhumane conditions and hardships. A detailed analysis of the achievements of the "positive" theories of suicidogenesis leads us to a disappointing conclusion: the models used mostly have a similar disadvantage: the absolutization of the role of any one or group of related factors without giving due importance to other variables, usually playing an equally important role. Modern suicidology has encountered a phenomenon that is the opposite of the "survivorship bias" described by Abraham Wald, who called for strengthening aircraft not those places where the returned aircraft had the most holes, but those that were not damaged. Suicidology is too keen on studying the causes of "no return", paying much less attention to factors that can interrupt the suicidal process that has begun or block its occurrence against the background of the unconditional impact of suicidal challenges (battered by the "pro et contra" battle, but successfully returned "planes"). It is the study of the "contra" factors that will allow us to see the psychotherapeutic and preventive horizons in a completely different way. The proposed decompensatory (negative) model of suicidal behavior is based on the following provisions: antivital experiences (aspirations) are noted to varying degrees in absolutely all people; most living people have a certain system that counteracts them, aimed at inactivating antivital sensations; it is the decompensation of the counter-suicidal system (CSS) or the initial deficiency of its blocks/units that make possible the realization of suicidal intentions. CSS works in a permanent mode, organizing pro-life development trajectories, meanings and values of existence, creating antitheses to suicidal challenges in the case of its presence, being an ever-present component of the mental apparatus. In conditions of an effectively and fully functioning CSS, suicidal effects do not have a fatal or even any serious effect. Factors that reduce the effectiveness of CSS (exo- and endo-components of decompensation) increase sensitivity to suicidal calls. Decompensation of the CSS in the most typical version precedes the impact, which eventually started a suicidal track. The main issue of suicidology is the discussion of what allows a person to continue living in the presence of antivital experiences, hundreds of reasons to resolve a certain situation or conflict through suicide. What exactly makes such a track impossible for a particular person and what is possible to enhance or transform in an individual who considers such a trajectory as quite acceptable.

Keywords: suicide, suicidal behavior, autoaggressive behavior, decompensatory model of suicidal behavior, negative model of suicidal behavior, counter-suicidal system (CSS), the main issue of suicidology, theories of suicide, suicidality, suicidogenesis, descriptive suicidology

The preamble, the question statement

Suicides and humanity always go "hand in hand", throughout the history of the latter's existence [1-7]. We do not have data on such behavior of hominids and even more primitive ancestors of Homo sapiens, but we can confidently assume that with the advent of a sentient being endowed with the ability to critically and intelligently reflect, asking uncomfortable questions to others (and even to himself), it is highly likely that for the first time a conscious (with the understanding of the irreversibility of the consequences) departure of Sapiens from life was carried out.

Such a behavior will soon become rare, something out of the ordinary, which it would be permissible to turn a blind eye to, ignoring the phenomenon as a rare statistical outlier. But humanity reacted, and in a very diverse way: starting from the most convenient position of actual denial of the phenomenon (for at least a healthy part of the living), to the cultivation of ritual and "absolutely mandatory" forms of suicide (if you can't fight something, there is always the opportunity to "lead" such a process by making it something, may be quite odious, but still quite acceptable). The latter position strongly hinted at the fact of the ineradicability of both self-murder and the likely proximity to human nature of the ideas of possible voluntary withdrawal. Examples of reckoning with life (especially of significant, famous figures) left few people indifferent: relatives, friends, theologians, philosophers, Aesculapius, incipient suicidologists, and even those whom such a thing would seem to be unable to touch in any way (we remember the vast segment of deniers).

A small remark about those whom the topic supposedly does not concern at all. Alas, even a cursory analysis of such an assumption will tell us that they do not exist at all (with the possible exception of severe mental disabilities). Ideas about the fundamental possibility of suicide or in an easier "execution", the probable existence of situations when "it would be better to die or not be born at all", permeate everything around (one can

deny this, however, such a position can do little to change). The concept of life does not exist without its opposite, the concept of death (dying)[1], including voluntary death. Understanding and accepting (at least hypothetically) the possibility of early termination of existence is completely normal for many cultures, which by no means pushes everyone living to suicide (let's take note of this provision). As well as the fact that the "splinter" of relevant knowledge constantly persists in the group and individual consciousness, no matter how much society cares about our mental health, for example, stubbornly suppressing this topic, the relevant opportunities available to everyone are a secret of Polichinelle. In the works of J.K. Rowling [8], Voldemort is known to everyone from the wizarding world, despite the fact that he is "You-Know-Who" and "He-Who-Must-Not-Be-Named." Moreover, ostracism and public persecution often played into the hands of suicidal reaction trajectories, creating the "forbidden fruit" paradox, and calls to "not do or act in any way" repeatedly fueled interest in a bad topic.

What do they periodically try to make a secret out of? From the millions of citizens who have committed suicide in the entire foreseeable history of mankind (including, alas, quite familiar ones, often closely), from an equally small number of relevant written, cinematic, historical and cultural references and hints, incessant idle conversations and discussions of the motives of another voluntarily deceased.

Suicidal man: myth or reality?

For further analysis, we will need to introduce the hypothetical positions of an "absolutely suicidal personality" and an "absolutely suicidal personality endowed with a prosuicidal endophenotype" (conventionally, the zero-reference point – baseline). In the first case, we are looking at a person who, throughout his entire life, has never had suicidal intentions (even to the smallest extent), a being of whom is completely harmonious, infinitely happy, who has easily accepted all the difficult realities of existence, who is ready to rationally deal with absolutely any challenges of reality. Not impulsive, not prone to emotional fluctuations, resentments and disappointments, as well as all the other "charms" of existence, which sometimes make the life of an ordinary person unbearable and seemingly meaningless. In the second case, we are actually looking at the same person, but endowed with a silent prosuicidal predisposition (of a personal psychological, neurobiochemical, genetic, and other nature), which, in the absence of significant stressors, are only a kind of non–binding reality. So, in the first case, this may be a very dubious construct from the standpoint of suicidological practice, but let's temporarily assume the existence of such a person, ideal from the point of view of suicidology (which will later help us better understand the essence of the positive models of suicidogenesis). Such a curtsy towards an unlikely ideal model is also necessary due to the fact that some philosophical thinkers, socio-religious figures and institutions, as well as specific individuals, do just that. The former admit and prove such a possibility in principle, while the latter (specific individuals) categorically, even belligerently, defend such a possibility based on their own empirical experience: I'm 30, 40, 50, 60 years old, and I've never had an antivital experience, believe it or not.

And, by the way, some of the latter will say something else that is very important to us, namely that despite the extreme stresses they had in their past ("capable of driving anyone to the edge"), for some reason they overcame them relatively easily, experiencing, for example, extreme shame and it's a shame to suddenly lose your immediate inner circle, suddenly lose all value orientations, etc. That is, in the free interpretation of Friedrich Nietzsche, who suffered any "how" and "why"…

Whether or not to believe people who claim that they have never experienced antivital experiences is a rhetorical question, the level of meticulous inquiry, which we will discuss later, but along the way we will recall psychological defenses (for example, repression and denial) that can completely banish such an unconstructive from the consciousness of an orthodox, well–mannered person ("not kill yourself"[2]), trained from childhood not to think about uncomfortable or simply frightening things. Moreover, the topic of suicide and everything related to it in one way or another (many forms of auto-aggressive behavior) is traditionally attributed to an "understandable" decreed group of people, thanks to the work of the public: this is the lot of only the sick, weak, faint-hearted, all kinds of "shortcomings"... A healthy person is a conscious builder of something big and the blacksmith of his own happiness is categorically incapable of such antics and tricks (and in no other way) a priori and a posteriori.

But even convinced adherents of the existence of such an "absolutely suicidal personality", just in case, for some reason they say that "a person, you see, is still weak by nature," and the status of suicidality may one day be shaken as a result of too many abnormal tests (plus influences that can significantly spoil basic attitudes). That is, in practical terms, the notorious suicidality is still urgent: so far, something has worked or something has not refused, has not changed it to the completely opposite status. In other words, such a suicidal personality is possible: a) in ideal conditions of existence, which, by definition, are possible only in a utopian universe (it is unlikely that such an ideal space exists in real life, completely devoid of stress, micro- and macrosocial conflicts), or b) potentially suicidal challenges to reality by something they are successfully extinguished (worked out). Or, unfortunately, this "something" frankly cannot cope with the existing shocks, as a result of

[1]Death is of a "personal" nature, it is always mine, no one can "shared" it with me, "no one can take away another's death". Death is something that is not chosen by us, we are thrown into our "being to death (Germ. "Sein zum Tode")". Martin Heidegger's "Being and Time" (1927)

[2]The decree of the Council of Trent (1568) interprets the sixth commandment ("thou shalt not kill"), following the view of St. Augustine, as categorically forbidding suicide.

which a person gets to know suicidal experiences closely.

Let us recall a well-known quote by Leo Tolstoy, indicating the possibility of spontaneous antivital experiences that were not actually caused by a significant external cause: "The thought of suicide came to me as naturally as thoughts of improving my life had come before. This idea was so tempting that I had to use tricks against myself in order not to put it into effect too hastily... and this happened to me at a time when I had what is considered perfect happiness from all sides" [9].

But it's time to play the investigator, analyzing several clinical examples in detail. The fact that the suicidal position is easily and convincingly changed to the exact opposite, which, however, (and this is the second stage of the "investigation") does not mean that such intentions are nevertheless realized into a fatal action.

Let's start with the most notorious, well-known example. So, a non-suicidal (in his own words) patient suffering from alcohol addiction. It should be recalled that alcohol dependence has been considered for decades as an example of a disease with a pronounced autoaggressive component [2, 10]. Moreover, according to a number of scientists, the main driver of its progressive development (accelerating the rate of death) is precisely the autoaggressive orientation of personality [11]. Here is a middle-aged man in the second stage of the disease (binge drinking, depressive hangovers), remorse, with noticeable professional and family problems. A "recorded" self-destructive illness, but what do we hear in response to the question: has he ever had antivital experiences (suicidal thoughts or attempts)? Of course not, never and under no circumstances. You can safely tick the appropriate lines of the questionnaire: there are no suicidal intentions. However, being well aware of the peculiarities of the existing disorder, the narcologist begins a heart-to-heart conversation: but what about cats scratching at the soul in the morning, three-day severe hangovers, regular promises to his wife not to drink, the children's frightened eyes… This is where the unpleasant facts gradually begin to surface: it happened more than once, maybe not so obviously, or maybe even explicitly (but it was forgotten). A conversation with close relatives gives even more stunning results: why, the day before yesterday, he was cut from the noose [12]. Split... In a cursory survey, such patients only recall 5-10% of their former relevant intentions (suicidal thoughts), while a targeted survey [11] reveals 5-8 times higher values. The "myth" of a suicidal drug treatment patient can be considered closed, but... then a new, no less "criminal" question arises: if everything is so unfavorable, then millions (and in historical terms, probably billions) of alcohol addicts should have died because of suicides, almost the entire population. To be fair, we note that there are indeed many of them who die (up to 14% of all alcohol sufferers) [11], and among all those who die from suicide, the number of addicts reaches 15-60% [4, 10, 11]. Nevertheless, the number of those who continue to exist safely and live to a ripe old age (provided that they have an infinite number of reasons and motives for voluntarily going over to the side of non-being) is more than impressive. What allows most of them to continue living, despite the "black mark of alcoholism" (according to I. Rossow (1995) alcohol dependence is an alternative choice to suicide [10]).

The second example. Now let's take a much less odious group, which actually represents a normative cross–section of the population - students who have been regularly participating in our research for more than a decade. The first series of the survey was conducted "on the fly", immediately after filling out the informed consent, and despite the anonymous survey format, the answers to the questions "Have you ever attempted suicide?" and "Have you ever had suicidal thoughts?" in most of the questionnaires were negative. Amazing initial antisuicidality. The second series of the survey was conducted after the preparation of motivational (help with honest answers from Russian suicidology, perhaps your answers will help save someone's life in the future) and decantatory (antivital experiences are not something terrible that makes you bad, etc.). Now the values obtained could surprise an unprepared researcher: the corresponding values increased multiple times: suicidal thoughts (at least "frivolous" ones) noticeably more than half of the respondents noted passive suicidal ideation (to fall asleep and not wake up; it would be better to die; would have contracted a fatal disease; would have been run over by a truck; it would have been better not to be born) noted the majority of respondents [12]. But, as in the first example, it can be stated with all confidence: the majority (and this is fine) of those who even have serious suicidal intentions will not commit fatal suicides. Something like this clearly does not allow you to implement.

So, for any conditionally mentally healthy person (most likely, for anyone), the presence of antivital experiences in "acceptable amounts" is a common part of being, in unacceptable amounts it is a reason for timely contacting a specialist in the field of mental health. At some point in their lives, everyone is clearly aware of the possibility of voluntary exit, as well as the fact that it is still possible (advisable, accepted) not to do so. Such arguments are not new, attempts to solve the question of what lies behind such widespread human antivitality have been undertaken since ancient times: the Latins, Greek and incipient European thinkers have expressed many diverse versions (ranging from the wrath of the Gods, the machinations of evil spirits, moral insanity to the blatant freedom of human choices and the establishment of-the eccentricities of human nature). What is more important for us now is the fact that such aspirations have not been ignored, forming an idea of their closeness to the human race. At the same time, assumptions were also made about the dual nature of human nature (pro-life and anti-life), which seem to be able to explain such an unpredictable trajectory of human actions (or at least the presence of anti-life sensations). And the "ball" is ruled by what prevailed at that particular moment. But a separate "anthem" was regu-

larly played and "if there is something for which a person will survive any hardships and circumstances".

The reflections of the next few hundred years did not make significant adjustments: the theory was still dominated by similar ideas, the struggle of opposites wanting to somehow explain the decision of the notorious “to be, or not to be, that is the question”. To live or not to live – the answer to this question is the result of the interaction (balance/ imbalance) of pro-life and anti-life aspirations / instincts, something, let's say, "for" premature death and something "against" it (pro et contra). Thanatos / Mortido and Eros in Sigmund Freud and Sabine Spielrein [13], biophilia and necrophilia by Erich Fromm [14], Libido and Summer by Cordelia Schmidt-Hellerau [15], a script based on the message "Don't be" (Don't live) and the work of mechanisms that counteract the scenario attitudes in transactional analysis [16]. Along the way, we note one important nuance, namely the ease with which theories of antivitality (autoaggression) are mistaken for models of suicidal behavior. One often hears that Z. Freud believed that the reason for suicides lies in the machinations of Thanatos, K.G. Jung assumed the desire for rebirth as the main "suspect", A. Adler insisted on the importance of overcoming incompleteness... But these theories (like many others like it) rather explain to us the very fact of the total presence of anti-life experiences in each of the living, but not suicidal behavior. The conclusion here is simple: theories of self-aggression and theories of suicidal behavior are quite different things that relate to each other like the basis and superstructure of Marxist theory. The latter can use the former, but personal auto-aggressiveness in itself is not at all a guarantee of suicidal behavior (which, of course, is very good).

In a preliminary summary, we note that antivital aspirations are obligatory for human nature, and the attitude towards the possibility of its presence in the life of each particular person is determined by current individual and social levels of loyalty to it (factors determined by social and personal "settings"). Which is not so important for practical suicidology: it seems to us that among those who died by suicide, the number of conditional Vita optimists (previously categorically denying the possibility of suicide) and Vita pessimists (tolerating the presence of antivital experiences) will be quite comparable. As, however, among those who continue to live safely. But what a significant part of both of them can safely continue to exist, reducing the existing aspirations in the conditions of always available opportunities to nothing – we just have to find out.

On the question of the significance of the prosuicidal action power and the role of identified predictors of autoaggressive behavior (plus-effects and plus-factors)

An infinite number of publications are devoted to this aspect. Practically all possible candidates for the role of such influences have been investigated (the levels of severity and personal significance of the latter have been taken into account, the summation conditions), numerous predictors of suicidal behavior have been verified (hundreds or thousands of them have already been counted), signs, conditions and factors are ranked, separated by its nature (genetic, neurobiochemical, clinical, behavioral, anamnestic, etc.), the degree of conditional malignancy (determinants of various levels and modifiers and classifiers of the corresponding risk, etc.).

However, no impact (even the most nightmarish) is equal to suicide or its attempt, but the most in vain (on the part of the observer) cause can lead to irreversible action. Of course, it is foolish to argue with the fact that with a more serious potentially suicidal effect, the risk of suicide is higher than with "just teasing" in class or stealing a pen. But as mentioned above, there are plenty of exceptions to the "rules". For someone, for example, the loss of a limb (let's say an arm) is a terrible tragedy that instantly destroys the illusions of invulnerability and integrity, resulting in suicide. For someone else, the same loss of a limb(s) is never a reason for a violent termination of life (numerous examples of Paralympians, pilot Alexei Petrovich Maresyev, etc.).

That is, the reaction to standard suicidal shocks (situations) is a priori different: someone "got a little drunk", someone withstood what seemed unthinkable from the outside. And there is no linearity of the "force of action – reaction" relationship here, it is enough to recall a typical example from military psychiatry: a thin and unremarkable bespectacled man who will successfully pass through the horrors of hazing, and the owner of a mountain of muscles, a "cool kid in life, a karate and a bodybuilder", will hang himself in the toilet after the first "dark onslaught".

A potential prosuicidogenic factor (with its specific characteristics) will trigger a suicidal cascade only under certain conditions conducive to this. The predictors mentioned above immediately come to mind: together with it, a fatal result is guaranteed. But this is absolutely not the case. Let's formulate the task more radically and work together to determine the factor, situation, or combination of them that will inevitably, with 100% probability, lead a person to suicide. Genetic features, abnormal proportions of neurotransmitters, certain micro- or macrosocial conflicts, supersuicidal cognitions, tragic scenario compositions, or even extremely unhealthy and aggressive Mortido? However, you must admit that no combination will give us the "right" result, in the worst case, it will only significantly increase certain risks.

We have come very close to the paradox of modern suicidology: it would seem that every year researchers become aware of an increasing number of candidates for the role of "that X factor", their combinations would seem ready to "reveal all the cards" of suicidogenesis, but the puzzles have not yet been finalized. Each candidate is usually good in a certain narrow niche (explains one thing, or only in a specific group, for example, age), in a certain situation, but ... the existing suicidological aporia (from Greek. ἀπορία – "hopelessness, hopelessness"), despite the growing amount of our knowledge about the subject, is far from being resolved. Remember

how many solid monographs and multi-page publications there are on the genetics of suicidal behavior. It repeatedly seemed that the secret was about to be revealed: genes (the proteins they encode that trigger neurobiochemical processes), which are present in a significant number of people who demonstrate an increased risk of suicide and even commit suicide (within statistically significant limits compared to the control group), are present in a decent number people who persistently do not fall into the risk group, who feel great about themselves, despite the verdict at the genetic level. And no less a significant part of those who died would greatly spoil the "convincing" statistics by not finding established suicidal genetic combinations at all (here, of course, one can endlessly discuss gene expression, their penetrance, modifier genes, the influence of epigenetic modifications and the polygenicity of inheritance of a trait). Anyway, the position regarding most of the known pro-factors is opportunistic and "overly flexible": maybe yes, maybe no (it will probably contribute, but quite possibly it will not have any significant impact). And, probably, there is some intermediate element that modifies and refracts the effect of the pro-factor, ultimately determining the level of malignancy of the influence and its actual result.

To summarize: the search for causes and predictors is very likely doomed to failure. Any seemingly fatal impact is nothing in the context of something capable of resisting this impact. It is this "something" that, when fully functioning, makes it possible to cope with any indelible shame, with any restrictions and defeats in rights, with inhumane conditions and hardships. If it is insufficient, it easily makes a ballpoint pen stolen from a schoolboy a sufficient reason for suicide.

Achievements of plus- (pro-) suicidology

Let's start by explaining the idea of the plus/minus concepts of suicidogenesis. We used an analogy with the concepts of "plus-tissue" and "minus-tissue" in dermatology: if a shaped element rises above the skin or mucous membrane (that is, something missing up to this point is added), this is a plus-element (papule, pustule, tubercle, etc.). If a structural defect is formed with the loss of a fragment of previously present tissue (erosion, ulcer, atrophic scar), then we are talking about a negative tissue shaped element.…

So, suicidal behavior. To illustrate the positive approach, let's return to the previously voiced idea of the existence of an "absolutely suicidal personality" and an "absolutely suicidal personality endowed with a suicidal endophenotype" (baseline for all the plus-models).

How does suicidogenesis start in this case? Everything is quite simple and elegant: for the time being, our suicidal person (with or without a specific endophenotype or a set of possible predictors) feels great and does not seriously think about any suicide (he may sometimes get upset and think about it in passing, but no more), until the very moment when for the first time in his life, the suicidal factor X, which is individually significant for him, does not arise, as a result, suicidality disappears at one moment or within a relatively short time. Our character begins to consider the possibility of suicide as almost the best solution to the current, personally unbearable situation. That is, the quantity or quality of the plus-factors (ante- and pro-character) become sufficient to start a completely real suicide track. Something was added to the baseline level to such an extent that it made the system unstable, in turn, reducing the intensity of "additive X" or stopping its action, theoretically, returning the system to the previous baseline state, turns off the previously triggered suicidal cascade.

Let's take a brief tour of the most significant models of suicidogenesis today, along the way analyzing its positive nature. We will also refrain from analyzing the most positive medical model of suicidogenesis by Jean-Etienne Domenic Esquirol [17], which categorically postulates: "suicide is the product of a painfully altered psyche ...". We will also leave the reflections of the psychoanalysts and neo-Freudians outside the scope of our narrative, since most of their concepts concern not suicidogenesis, but its forerunner, the nature of personal autoaggressiveness, as well as the ingenious in its simplicity S–R model of behaviorists (learning a suicidal type of reaction). We should also mention the approach of Karen Horney [18], who argued that in order for a person to desire voluntary withdrawal, a combination of a number of psychological and social factors must necessarily arise when the surrounding reality begins to be perceived as exceptionally hostile. So, in a simplified form, there was a certain baseline (zero level of personality in relation toward the realization of suicidal thoughts), something developed in a certain way (which had not happened before), thus triggering suicidal behavior. A classic plus conception. Just in case, let's say that even if the mentioned factor is depression and hopelessness, these are also positive phenomena, because the appearance of such symptoms in a patient marks the appearance of something completely new in his/her mental life that was previously absent there.

Let's continue the excursion by analyzing the sociological concept of Emile Durkheim, which was probably the first of the relatively coherent and well-founded models of suicidogenesis [1]. So, the anomalous mechanism, (protest) suicide is committed by a person who is disconnected from adequate social relationships: in cases of job loss, economic instability, divorce, forced migration and other reasons; the altruistic option is already self-sacrifice, excessive sense of duty or desire to save someone, "death for an idea"; egoistic – is aimed at resolving one's own internal conflicts by harming oneself in an attempt to prove others wrongness; fatalistic type – suicide caused by being forced to exist in a victim's position, restriction of freedom, etc. This is a classic example of a positive approach: certain changes in a person's status, in a logical way for Durkheim, lead to suicidal behavior.

Domestic works by A.G. Ambrumova [19], as well as earlier ones related to the cluster of models of personality crisis (socio-psychological maladaptation) [6], are devoted to the study of the influence of socio-

psychological maladaptation, which makes a person susceptible to the effects of a huge number of suicidal factors (many of which a person can be quite resistant to in intact conditions). At first glance, the concepts are in the plane of a mixed ideology. Something disappears (or still appears) in a personal organization, allowing a situational reaction to arise that excludes the possibility of satisfying a need in ways which are known and accessible to the individual. However, the emphasis is still much more heavily placed on the positive components of suicidogenesis.

A curious positive theory is the cognitive model of suicidal behavior created by Aaron Beck and Amy Wenzel [20]. The authors, studying affective pathology, proposed an original model based on the position of dysfunctional beliefs that cause negative emotions and views (the "negative triad"). Such thinking failures lead to the fact that negative feelings that arise during stress are magnified many times, transforming into hopelessness and helplessness, which are already the basis of suicidal aspirations.

In 1993, Edwin Schneidman proposed a motivational theory of suicidal behavior, identifying a set of characteristics in the structure of suicide: goal (solution), task (loss of consciousness), stimulus (unbearable mental state), stressor (inability to satisfy needs, frustration), emotions (helplessness, hopelessness, depression), internal state and attitude (ambivalence), mental state (cognitive decline), communication (communication about intentions) [21]. The author believed that suicide is a response to a psychologically painful state (feeling pain), and this response is a purposeful attempt to free oneself from this pain through the so–called "egression" (escape from one's mental and psychological state, a state of frustration and helplessness). Undoubtedly, we have a predominantly positive model of suicidogenesis, which primarily concerns the destabilization of the baseline suicidal position.

Thomas Joyner's interpersonal theory, which has recently become widespread [22, 23], is also rather a representative in the plus-trend. The concepts of "abandonment" and "perception of oneself as a burden" are unconditional neoplasms in the previously intact and self-sufficient psyche of the suicidal person (plus-components of the theory). When such situations arise, suicide begins to be considered as a real alternative to it. Later, the authors will add a third factor – the possibility of committing suicide (I want and have the opportunity). Formulated in theory, one of the three main components of suicidogenesis, namely, suppressed belonging (belonging as a basic human need, reflecting its correlation with other people and society as a whole) already belongs to the negative pole (loss of important counter-suicidal constructs).

In the same context, the model of suicidal behavior development by Jeffrey Bridge, Tina Goldstein, and David Brent [24] is of interest, in which, along with the traditional plus-components (combinations of affective disorders and a tendency to aggressive reactions to frustrating events), the authors also emphasize the importance of the presence of factors that protect against suicide (strong family and friendly relationships, cultural and religious peculiarities), the decompensation of which could be attributed to the crisis of protective factors (the negative component of suicidogenesis), however, The authors talk about them in the context of "it's good if it's present" (the desirability of their presence).

The models of "stress diathesis" proposed by John Mann [25, 26] and Kiis Van Heeringen [27] tend more towards positive approaches. Diathesis, considered as a predisposing factor (soil), significant stress, is an effect that directly triggers a suicidal cascade. In J. Mann [25], diathesis is caused by an innate or acquired predisposition, stressors, being various adverse effects of a psychological and social nature, receive a maximum-favoring regime against the background of diathesis. The Van Heeringen model, having a similar structure, is much broader only than the suicidological plane, affecting the risks of developing a different mental pathology. The concept of a "threshold value" proposed by the author (the sum of impacts in our understanding) demonstrates individual thresholds of patience, exceeding which leads to negative consequences. The operation with genetic predisposition factors and a susceptible endophenotype allows us to attribute these models to the destabilization of an "asuicidal person endowed with a prosuicidal endophenotype".

The theory of "stress vulnerability" proposed by Dana Wasserman [28, 29] is also consistent with these models: the interaction of predisposition to specific stress with risk factors for suicidal behavior, on the one hand, and with factors of protection against it, on the other. Just like J. Mann and K. Van Heeringen, D. Wasserman notes the important role of an innate predisposition to stress, or the formation of such a predisposition in the process of individual development. The identified risk factors for suicidal behavior (the presence of mental illness, negative emotional states, and events) are positive pole variables, but the described protective factors (strong social relations, support from others, stable self-esteem, access to medical care, willingness to receive this help, and commitment to treatment) most likely can be considered as potential negative components (however, they are not crucial).

The subcultural model of suicidal behavior by David Lester [30, 31] explains suicidal behavior from the perspective of formed values and cultural norms of a person. Suicide is the result of the assimilation of certain norms, value-semantic attitudes and patterns of behavior, that is "learned behavior". Being the result of internalization, such behavior is no longer something odious or shameful for a person. For example, the surrounding social depression orients people towards an appropriate individual affective reaction, which may result in suicidal behavior. The concept is also applicable to local social groups (youth subcultures, death groups, etc.). The meaning of the model is undoubtedly positive: "there must be something to ...". And not "something has to disappear in order for something to happen..." (the negative model).

The concept of Ronald Maris (1981), built around the theory of coping, is some extent consonant with the idea of D. Lester, and suggests that the experience of unsuccessful contact with stressful influences creates unconstructive adaptation options in the future, which in turn determine subsequent strategies of self-destructive behavior [32]. The formed pathological ways of coping with stress belong to the plus-components of suicidal genesis.

In Igor Galynker's narrative-crisis model [33], it is assumed that a person who is ready to commit suicide evaluates his life as a story of dead-end sequences (the so-called suicidal narrative), leading him to a state where suicide begins to be regarded as the most acceptable way to end mental pain and painful negative reflections. All three components of the model are predominantly positive poles, such as vulnerable character traits (temperament, early unfavorable experiences, social acceptability of suicide as a solution to problems), suicidal narrative (obsession with one's suicidal narrative, ideas about the useless past, unbearable present or lack of future, creating a vacuum of personality value) and suicidal crisis syndrome (an emotional state of unbearable anxiety, agitation, acute anhedonia, loss of cognitive control).

Rory O'Connor's integrative motivational-volitional concept [34, 35], consisting of three phases, takes into account the effects of stress, adverse environmental factors, and certain life events (the pre-motivational phase) that contribute to the formation of negative emotional reactions and suicidal thoughts (the motivational phase), and the conscious implementation of a suicidal act (the volitional phase). All the factors of suicide used in it are predominantly positive in nature.

In the theory of three steps (3ST) by David Klonsky and Alexis May [36], the most important factor for the emergence of suicidal intentions is the experience of mental pain with the formation of hopelessness. Being a typical representative of the plus-pole concepts of suicidogenesis (including in relation to the proposed steps in the therapy of suicidal clients), the model nevertheless takes into account the factors of social support and the presence of a reference group, the absence of which facilitates the emerging suicidal trajectory. The latter statement allows us to attribute the 3ST model to representatives of transitional plus/minus approaches.

The theory of suicidal behavior proposed by Yu.R. Vagin [37, 38] is centered around a certain "driver" aimed at reducing individual functioning, which is activated by summing up certain biological, psychological, and behavioral components. In general, the approach is predominantly positive, but the last of the proposed components of avital activity (desocial activity) is rather a negative component of the model (we are talking about conscious or unconscious withdrawal from social contacts, the desire for privacy, unwillingness to have a close environment and interact with others).

In the theory of the multifactorial psychosocial model of affective spectrum disorders [39], all the main blocks (macrosocial, family, personal, and interpersonal) are described in terms of the suicidogenesis plus approach – the summation of certain patterns will give us the "desired" result (mass alcoholization of society, loss of loved ones, violence and restriction of freedom, inability to cope with stressful influences, anxiety, problems in social relationships, social maladjustment, conflicts).

In the conceptual model of suicidal behavior proposed by B.S. Polozhiy [4], the emphasis is also on the set (presence) of certain signs or conditions in the etiopathogenetic block of the model (determinants of the 1st and 2nd order), capable of significantly increasing suicidal risks.

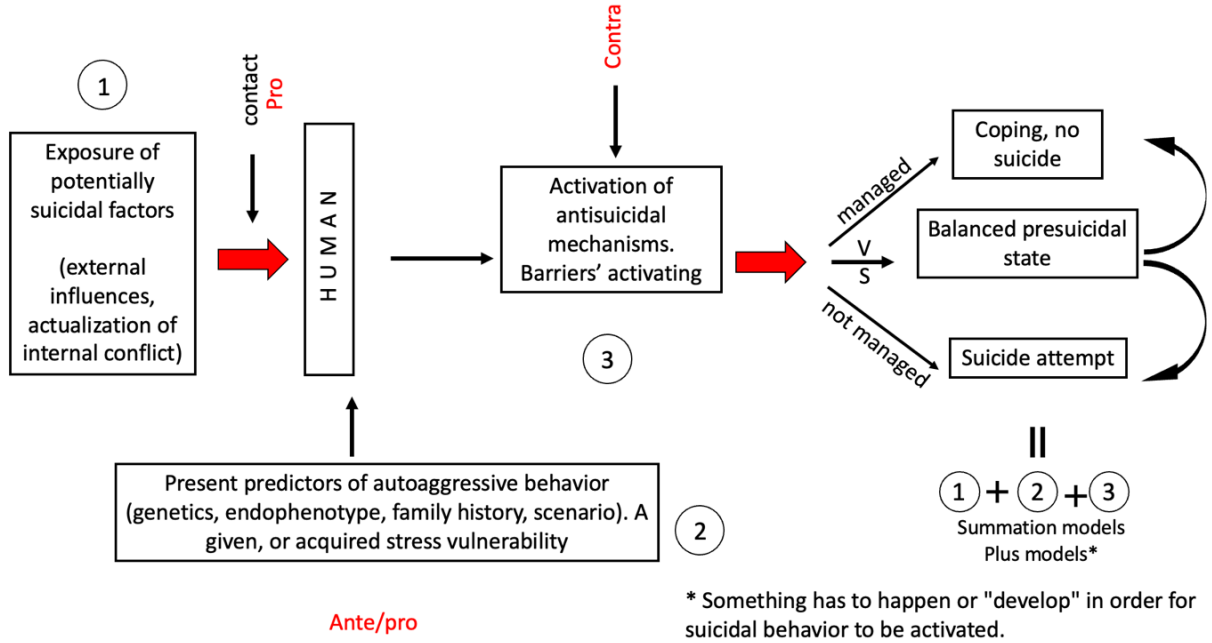

Fig. 1. Generalized scheme of plus-models of suicidogenesis.

The structural and epigenetic model of Gustavo Turetsky [40] links suicidal behavior with genetic changes that occur under the influence of external factors. With the necessary combination of external negative factors, inherited genes facilitate the development of suicidal behavior. The described approach, without any doubt, is a typical representative of the summation-plus direction. As well as V.A. Rozanov's biobehavioral epigenetic model [41], which also relies mainly on epigenetic mechanisms of suicidogenesis.

Many biological theories that have emerged in recent years, built around innate or acquired changes in the serotonergic, dopaminergic, GABAergic systems, the brain's neurotrophic factor system, hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction, and others, are characteristic representatives of the suicidogenesis ideology [4, 42].

In conclusion, we state the prevailing trend in suicide theories in recent years: having failed to find only one leading mechanism (biological, social, psychological, etc.), scientific thought is moving towards a collaborative solution: the creation of summative (plus-) biopsychosocial models implying the need for cumulative, combined influence of psychological, social and behavioral processes [3, 4, 43].

Let us summarize graphically the provisions concerning the analyzed plus-models (Fig. 1). Note that antisuicidal barriers (systems) in plus-models are often given a secondary and, in a sense, passive meaning: they are connected "on demand" at the time of an already existing suicidal contact. This suggests an analogy with a "Fire truck" that comes out a little late to answer a call: it is always ready in the garage of the fire department, but it is not destined to anticipate a fire, since, alas, it is "on the siding", and there is a decent time delay from the "fire alarm" to when firefighters arrive at the fire site (that is, it is not always possible to connect at the "spark that ignites the flame" stage).

Achievements of descriptive suicidology

Let's start with a description of the ideal suicide, "walking" on the Web, according to the accompanying legend, compiled by Esquire (whether this is true or not, our team could not reliably find out) on the basis of numerous publications by D. Lester [44]. We will allow ourselves not to give an "article-by-article" list of works, since there are also certain problems with it regarding the verification of sources, leaving only their extensive numbering for clarity. Whether this is a real work or a banal fake doesn't really matter to our narrative, because, firstly, such a compilation can easily be reassembled in a much larger volume (given the accumulated hundreds of thousands of scientific articles with very similar designs for their implementation). Secondly, even if it is fake, its author has an undoubted flair and a characteristic way of thinking that reflects the features of the positive approach and the paradigm of suicidological research of a descriptive nature.

So: "It was Money[1], the wind was blowing[2]. Winter continued in the European countrie[3]. The country was democratic[5], non-Muslim[6], with religious pluralism[7], whose citizens had recently gained the right to own firearms[8]. Drunken people were walking outside the windows of the death[9] row[10] celebrating the New Year[11], but he was sober[12] – he had just recently quit[13]. He was not congratulated on his birthday[14] by his same-sex relatives (he did not serve)[15], nor by colleagues (he had not had a job for a long time)[16], nor by his wife (who left him[17] after knowing about his homosexual tendencies)[18], nor by his Finno-Ugric grandmother[19] who was originally from Eastern Siberia[20] – he lost her at a young age[21]. The sad music of a gymnasium from a foreign country[23] accompanied the words[24], which were completely depressing. It was a shame[25]. Despite his perfectionism[26] and high IQ[27], his career was not completed by the age of 50[28,29]. He didn't even get a donor, despite having a rare blood type[30] and low cholesterol[31]. Maybe it was high anxiety[32] or maybe it was advanced cancer[33]. Either become a Taoist[34] or commit suicide, especially since suicide was recently decriminalized in this country[35]. It is hardly necessary to write a suicide note[36], but if you do, then without denials and complaints[37]. He looked around for some kind of instrument[38]".

Please note that we have a classic positive image of suicidological thinking: the more worthy predictors and triggering factors a client has, the more likely he is to voluntarily die. However, a little above, we have already made an unsuccessful attempt to create an unambiguously suicidal disposition…

What did suicidology achieve by endlessly trying to answer the question, by virtue of what circumstances appeared (revealed) in life, a person committed suicide, which of the predictors available to him contributed to this? Was the reason strong enough?

As a result, we have an extensive database of "pro" factors, there are already hundreds, thousands or tens of thousands of them. But did it make the work of suicidologists much easier? Has the quantity grown into the expected quality? Unfortunately, it's more likely no than yes.

What, apart from the most extensive statistics, a description of a suicidal person and the possibility of calculating hypothetical estimated risks, did they provide us with?

So, it doesn't take much to avoid suicide: not to have hundreds of predictors (including compromised genes and the biochemical processes programmed by them), not to be prone to depression (and other mental illnesses), not to break up too much (which means not to love, not to quarrel, not to work), not to react to social upheavals, not to read books about the young Werther, not to reflect, etc. Studying the "pro" side, we still did not get an answer to the question: so why does someone react in a suicidal way, and someone (despite all the predictors present that increase the likelihood of suicide) does not. In addition, it becomes quite obvious that we will not be able to completely remove anyone on this planet from the impact of numerous pro-influences, we will not be able to eliminate most predictors and modifiers of suicidal behavior (for example, the

genes of the Finno-Ugric granny...), which, unfortunately, means significant limitations in the use of positive components in preparing effective preventive and treatment programs.

In the light of what has been written, a curious analogy suggests itself. We probably had to deal with the opposite phenomenon of the "survivor's paradox". What is it about? The survivor's paradox (systematic survivor's error, English "survivorship bias") is a cognitive distortion in which conclusions are drawn based on data only about "surviving" objects, while ignoring information about "dead", which leads to distorted conclusions. The paradox became famous thanks to mathematician Abraham Wald, who was commissioned during World War II to study which places on airplanes were most vulnerable. The scientist drew attention to the fact that conclusions are drawn based on the analysis of damage to returned aircraft, and not all those that participated in the battle. He suggested strengthening not those places where there were the most holes, but those that were not damaged by the returning aircraft.

Suicidologists, on the contrary, are too enthusiastic about those who died and almost died as a result of suicides (conditionally "non-returned planes"), forgetting about the undoubted advantages of those who thought about suicide (and, as we found out above, such thoughts come to almost everyone periodically), often doing it seriously and thoroughly, and I was even almost ready to commit it, but in the end I refused to implement it, having managed to stay alive (these are our battle-battered "pro et contra", but with success "returned planes"). Which should be studied in more detail, strengthening what has successfully helped them return from their journey to the pre-suicidal hell. The paradox, which is the reverse of the survivors' paradox in its classical form, the study and understanding of which (the "contra" factors) allows us to see psychotherapeutic and preventive horizons in a completely different way.

Our numerous interviews with survivors allowed us to find out the main reasons why someone never decided to commit suicide (they "returned" on their own) and what kept those who made the failed attempt until the last moment. Previously expressed thoughts that the features of the stress coping mechanism can have a significant impact on the process of suicidogenesis and therapeutic activity (a fragment of the accent approach) [45] are to a certain extent consonant with the proposed concept.

Decompensatory (minus-) model of suicidal behavior

In the model offered to your attention, we relied on several provisions:

1) absolutely all people have antivital experiences (aspirations);

2) those who continue to live have certain mechanisms that successfully extinguish emerging antivital sensations (counter-suicidal system);

3) its collapse or initial shortage leads to the possibility of suicide. Suicide, which involves an uncompromising, often prolonged duel between life and death, occurs in the face of the defeat of everything that once held the suicide in this world.

The main blocks, the principle of their interaction, and the conceptual composition of the decompensatory (minus-) model of suicidogenesis are shown in Figure 2.

First of all, this model is distinguished by the primary importance given in it to the level and quality of functioning of the counter-suicidal system (CSS), the decompensation of which leads to sensitization (defenselessness) of the individual in relation to the influence of external and internal risk factors.

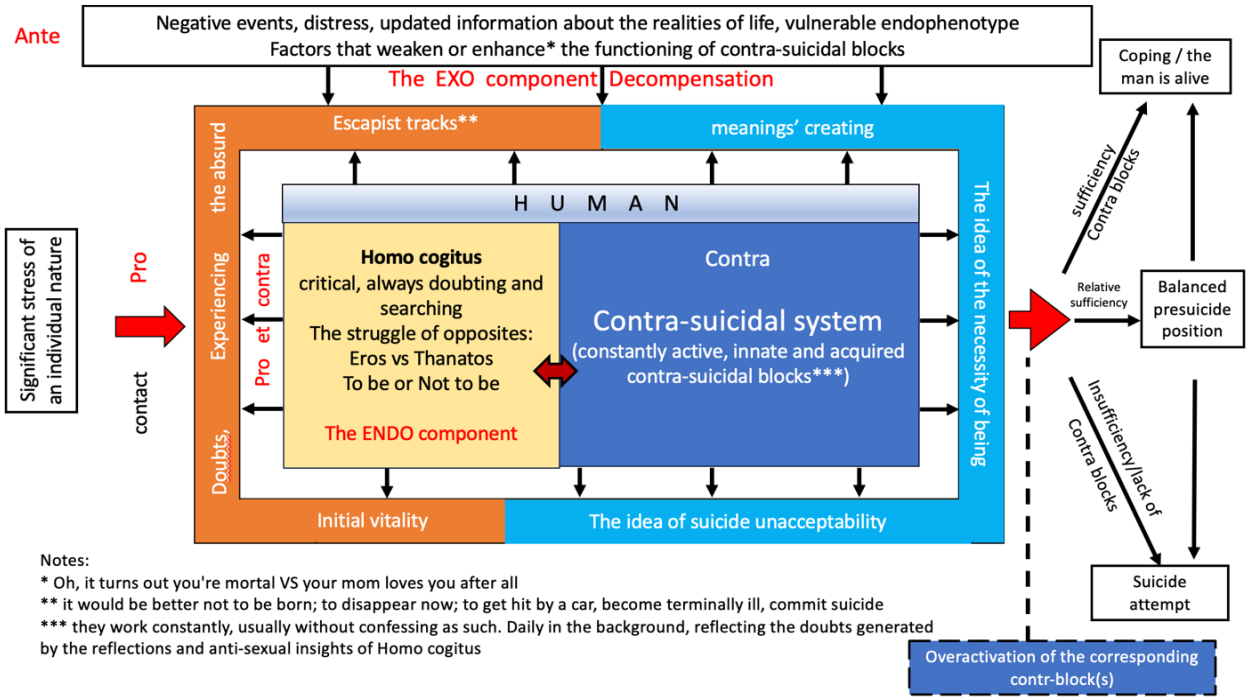

Fig. 2. Decompensatory (minus-) model of suicidogenesis.

The main position of the model is the idea that in conditions of an effectively and fully functioning CSS, potentially considered pro-suicidal effects will not have a fatal or even any serious effect. The CSS, in turn, consists of eight independent and universal counter-suicide units (CSU), which will be discussed in detail in the second part of the work. They may be in full-fledged functioning mode (blocking possible suicidal ideas and intentions), be decompensated/ initially absent, or be poorly developed (most suicidal calls, alas, "hit the target").

With a fully functioning CSS, we may well have just the right kind of person, ready to reflect any suicidal influences throughout our lives.

The CSS (its constituent blocks or units) is laid down in the process of individual development, upbringing and socialization. The system is constantly active, triggering not at the moment of contact with a potential suicidal factor, but permanently interacting with emerging antivital experiences of varying intensity. In the background (little known) mode, the CSS works out threats of a conditionally normative level (I thought about the possibility, but quickly waved it off, because there are a lot of plans ...), creates real and mythological meanings, values and goals of existence (reinforcing, revising and updating existing ones), forms standard (acceptable) solutions to existentially difficult issues. CSS becomes a conscious mental construct at the time of serious contacts with more significant (or individually significant) external factors. In other words, CSS is an ever-present component of the mental apparatus, perfectly capable of doing without serious tests of its probable effectiveness. The crisis version of its work (in conditions of contact with a serious challenge) is only a forced, abnormal regime.

The impact of a triggering suicidal factor for suicide is usually necessary, but it is far from determining the likelihood of suicide (in conditions of an effectively functioning CSS). The effect of the plus-effect is often reduced to strengthening one or another negative internal position of a thinking person (Homo cogitus), which causes suicidal reactions to extremely minor (from the perspective of an outside observer and even a specialized specialist) suicidal contacts (stolen pen). The effect of pro-factor X is thus practically unpredictable: minimal exposure to it can lead to suicide in conditions of decompensated CSS, and, on the contrary, its extreme severity may not give absolutely no reaction.

Factors that reduce the effectiveness of CSS (exo- and endo-components of decompensation) increase sensitivity to suicidal calls. Decompensation of CSS (specific CSU) in the most typical variant precedes the impact, which eventually launched a suicide track.

The mind of Homo cogitus, which asks itself (and others) uncomfortable but quite logical questions, generates a lot of routine work of the CSS, creating reasons for its endo-decompensation (as, indeed, under other circumstances, to strengthen its position). In the first case, it is due to a growing set of anti–life statements and insights: about the imminent death, possibly painful, upcoming or existing serious illnesses, the absurdity of existence as a relatively slow or galloping movement towards imminent death, doubts about the existence of God. On the other hand, the existential tasks that are thrown in regularly train the CSS, allowing the latter to create the standard sets of solutions to typical challenges mentioned above (God doesn't tell you exactly; do you know the plans of the Almighty; mom will be upset; the morning is wiser than the evening, etc.).

Most of the plus-factors of the predictor level of suicidal behavior (genetic characteristics; stress response characteristics; personality traits; unfavorable drug treatment profile) form an exo-component of decompensation.

The prosuicidal factor (pro-exposure) is usually not directly aimed at the destruction of the components of the CSS, as it may seem at first glance (of course, there are exceptions to this rule). The pro-factor and the CSS are, in fact, "independent dioceses" and the issue of its interaction reflects the dynamic variable of the contact that has arisen between them: whether the CSS will be able to block a specific suicidal effect, or whether the decompensation of its CSS will allow the transformation of the contact into direct suicidal behavior. The mission of the CSS is to extinguish the incentive that has arisen before the personality transitions to active suicidal actions. If the incentive nevertheless triggered a suicidal cascade up to the stage of direct implementation of the plan, the reason for this should be sought in the decompensation of the CSS components.

It is possible to assess the functioning of the CSS (its individual blocks/units) at any stage of contact with a suicidal person, as well as during screening studies of unidentified populations (it will be described in detail in the third part of the message)

The decompensatory (negative) model of suicidal behavior is able to offer tangible points of application of therapeutic activity aimed at strengthening or revising decompensated (initially insufficient) CSU, revitalizing the collaterals within the CSS.

Epilogue: the main issue of suicidology

One day Albert Camus will write familiar lines to everyone: "There is only one really serious philosophical problem – the problem of suicide. To decide whether or not life is worth living is to answer a fundamental philosophical question. Everything else – whether the world has three dimensions, whether the mind is guided by nine or twelve categories, is secondary" [46].

Considering the above, the main issue of suicidology is a formulation that is extremely consonant with the main question of philosophy in the understanding of A. Camus: why is this particular person, despite the antivital experiences and prosuicidal effects (both ante- and pro-nature) that absolutely everyone has, still alive. What gives him the strength and reason to live out the years allotted to him, often despite the presence of a conditional suicidal endophenotype, a number of extreme psycho-emotional, social, etc. shocks? The question is not why someone committed suicide, the question is WHY and WHAT could have kept them from committing sui-

cide; WHAT gives those who live happily in this world the ability and desire to continue to exist…[1]

It is very possible that, traditionally, when we are interested in the reasons for a certain act, we are working "in the wrong direction and with the wrong person". We measure "from the wrong end", determining the causes and risk factors of possible suicide, it is much more logical to take measurements from the opposite side of the "barricades". What counteracts them, smoothes and eliminates the effects or the chronic presence of pro-effects. Not what led, but what allowed suicide to be avoided up to a certain point (and to be avoided henceforth), what mechanisms underlie healthy survival.

Conclusions:

1. We should agree with the reasonable opinion that the currently used models of suicidogenesis (mainly of a positive nature) mostly have a similar disadvantage: the absolutization of the role of any one or group of related factors without giving due importance to other variables that play an equally important role in the emergence and development of the suicidal process [4].

2. The analysis of positive (summation) models of suicidal behavior does not provide an answer to what (the totality of what and to what extent) can lead to suicide of a particular individual. Antisuicidal factors (if they are discussed in a specific theory) are often static in nature, the presence of which may hypothetically reduce the risk of suicide (but may not reduce it, such as having a family, regular church attendance, and many other recognized protective factors found in suicide). And, most likely, the importance is played not by the formal presence of such, but by their qualitative characteristics.

3. The descriptive approach in suicidology has now allowed us to accumulate a very impressive amount of candidate factors and established predictors of suicidal behavior, however, their significance is very relative: the resulting array, of course, contributes to an estimated assessment of suicidal risk, but in terms of preventive and therapeutic work, its significance is significantly less. Most of the known factors have either already had its effect, which is unlikely to be "replayed" (genetic factors, childhood traumatic experiences, etc.), while others cannot be excluded again in the future (make sure that the girl does not leave anymore, so that she is never criticized at work, etc.).

4. The proposed decompensatory (minus) model of suicidal behavior is devoid of many voiced disadvantages and is based on the following provisions: anti-life experiences (aspirations) are noted in absolutely all people; the majority of living people have a certain system that counteracts this, aimed at inactivating anti-life sensations; it is the decompensation of the counter-suicidal (pro-life) system or a significant deficit of its blocks that make possible the realization of suicidal intentions. In this regard, the non-linearity of the relationship between the power of the acting suicidal factor and the obtained result becomes clear. The counter-suicidal system works in a permanent way, organizing pro-life development trajectories, meanings and values of existence, creating antitheses to suicidal challenges if they are present. Its modules are universal in nature.

5. Such a model can offer an integrative approach to the prevention and therapy of suicidal behavior. The CSS vocabulary is exceptionally sound, which makes it possible to use the model in the diagnosis and mild prevention of autoaggressive tendencies in the intimate contingent, without the need to directly focus on the topic of self-destructive behavior (in particular, suicidal).

6. The main issue of suicidology is the discussion of what allows a person to continue living in the presence of antivital experiences, hundreds of reasons (pro-) to resolve a certain situation or conflict through suicide. What makes such a track impossible for a particular person and what we are able to strengthen in another individual, who considers such a trajectory as quite acceptable.

[1]Once, with forensic doctors, we studied suicides in patients with alcohol dependence. The pathologist's task was to detect visceral signs of alcohol-related illness in suicidal patients. During the autopsy, the doctor froze, saying the words that became the forerunner of this study: the question is not why he died, the question is how he managed to live with such a bunch of incompatible with his life changes.

Литература / References:

1. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. Пер. сокр. М.: Мысль, 1994; 399. [Durkheim E. Suicide: A sociological study. Translated in Russian. Moscow: Mysl, 1994; 399.] (In Russ)
2. Меннингер К. Война с самим собой. М.: "ЭКСПО-Пресс", 2000. 480 с. [Menninger K. The war with oneself. M.: «EKSPO-Press", 2000. 480 s.] (In Russ)
3. Ефремов В.С. Основы суицидологии. СПб.: Диалект, 2004; 480. [Efremov V.S. Fundamentals of suicidology. St. Petersburg: Dialect, 2004; 480.] (In Russ)
4. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: МИА, 2019. 600 с. [National Guide to Suicidology / Ed. B.S. Polozhy. Moscow: MIA, 2019. 600 p.] (In Russ)
5. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2018. 376 с. [Starshenbaum GV. Suicidology and crisis psychotherapy. M.: Kogito-Center, 2018. 376 p.] (In Russ)
6. Farberow N. The Many Faces of Suicide. New York: McGraw-Hill, 1980; 446.
7. World Health Organization (2023, August 28). *Suicide key facts*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide
8. Rowling JK. Harry Potter and the Philosopher's Stone (book 1). London: Bloomsbury Publishing, 2014; 248.
9. Толстой Л.Н. Исповедь. Амрита-Русь, 2019; 80 [Tolstoj LN. Ispoved'. Amrita-Rus', 2019; 80.] In Russ)
10. Rossow I. Regional analysis of alcohol and suicide in Norway: some empirical considerations. *Suic. Life. Threat. Behav*. 1995; 25 (3): 401-409.
11. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. Санкт-Петербург: ООО "Издательство"СпецЛит", 2016; 207 с. [Shustov DI. Autoaggression and suicide in alcohol addiction: clinic and psychotherapy. Saint Petersburg: LLC "Publishing House "SpetsLit", 2016. 207 p.] (In Russ)
12. Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. СПб: Экспертные решения, 2017; 192. [Merinov AV. The role and place of the phenomenon of autoaggression in the families of patients with alcohol addiction. St. Petersburg: Expert solutions, 2017. 192 p.] (In Russ)
13. Freud S. Trauer und Melancholie. Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse [*International Journal for Medical Psychoanalysis*], 1917; 4 (6): 288–301.

14. Fromm E. The Heart of Man: Its Genius for Good and Evil. New York: Harper & Row, Publishers, 1964; 144.
15. Schmidt-Hellerau's C. Life Drive & Death Drive, Libido & Lethe: A Formalized Consistent Model of Psychoanalytic. New York: Other Press, 2001; 312.
16. Stewart I, Joines V. TA Today. A new introduction to Transactional Analysis. Nottingham and Chapel Hill: Lifespace Publ., 1987; 390.
17. Esquirol JED. Mental maladies. A treatise on insanity. Philadelphia: Lea and Blanchard, 1845; 496.
18. Horney K. The Neurotic Personality of our Time. New York: W.W. Norton & Co, 1937; 299.
19. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М-во здравоохранения РСФСР, Московский НИИ психиатрии; Сост. А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. М., 1980; 48. [Diagnosis of suicidal behavior: Methodological recommendations. Ministry of Health of the RSFSR, Moscow Research Institute of Psychiatry; Comp. AG Ambrumova, VA Tikhonenko. M., 1980; 48.] (In Russ)
20. Wenzel A, Beck, AT. A cognitive model of suicidal behavior. *Applied& Preventive Psychology.* 2008; 12: 189-201.
21. Shneidman ES. Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-destructive Behaviour. Jason Aronson Inc., Northvale, 1993; 258.
22. Joiner TE. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005; 276.
23. Van Orden KA, Witte TK, Curcowicz KC, Braithwaite S, Selby EA, Joiner TE. The Interpersonal theory of suicide. *Psychol Review*. 2010; 117 (2): 575-600
24. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47: 372–394.
25. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *American Journal of Psychiatry.* 1999; 156 (2): 181-189.
26. Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*. 1998; 1 (4): 25–30.
27. van Heeringen K. Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention. Bokomtale i Suicidologi 2001, årg. 7, nr. 1 Suicidologi. Kees van Heeringen (ed.). Chichester: Wiley, 2001; 320.
28. Wasserman D. Suicide. An unnecessary death / Wasserman D. et al. London: Martin Dunitz, 2001; 287.
29. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2012; 2 (27): 129–141.
30. Lester D. Experience of personal loss and later suicide. Acta psychiatrica Scandinavica. 1989; 79: 450–452.
31. Lester D. Why People Kill Themselves. A 2000 Summary of Research on Suicide. 4 ed edition. Charles C Thomas Pub Ltd, 2000; 410.
32. Maris RW. Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviors. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1981; 375.
33. Galynker I. The Suicidal Crisis Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk. New York: Oxford University Press, 2017; 344.
34. O'Connor RC. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice. R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon (eds). Chichester: John Wiley & Sons, 2011: 181-198. DOI: 10.1002/9781119998556.ch11
35. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *The British Journal of Psychiatry*. 2012: 330-335. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.097808
36. Klonsky ED, May AM. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the «ideation-to-action» framework. International. *Journal of Cognitive Therapy*. 2015; 2 (8): 114–129.
37. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. Пермь: КАПИК, 1993; 267. [Tregubov LZ, Vagin UR. Aesthetics of suicide. Perm, 1993; 267.] (In Russ)
38. Вагин Ю.Р. Профилактика суицидального и аддиктивного поведения у подростков. Пермь: Департамент образования и науки Администрации Перм. обл., 1999; 110. [Vagin UyR. Prevention of suicidal and addictive behavior in adolescents. Perm, 1999; 110] (In Russ)
39. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Горшкова Д.А., Мельник А.М. Суицидальное поведение в студенческой популяции. *Культурно-историческая психология*. 2009; 3: 101–110. [Holmogorova AB, Garanyan NG, Gorshkova DA, Mel'nik AM. Suicidal behavior in the student population. *Cultural and historical psychology*. 2009; 3: 101–110.]
40. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, et al. Suicide and suicide risk. *Nat. Rev. Dis. Primers*. 2019; 5: 74.
41. Розанов В.А. Стресс-индуцированные эпигенетические феномены – еще один вероятный биологический фактор суицида. *Суицидология*. 2015; 20 (3): 3–19. [Rozanov VA. Stress-induced epigenetic phenomena – one more biological mechanism of suicide. *Suicidology.* 2015; 20 (3): 3-20.] (In Russ)
42. Тиходеев О.Н. Генетический контроль предрасположенности к самоубийству. *Экологическая генетика*. 2007; 4: 22-43. [Tikhodeyev ON. Genetic control of predisposition for suicide. Ecological genetica. 2007; 4: 22-43.] (In Russ)
43. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196: 129–136.
44. https://fnaq.livejournal.com/195241.html?ysclid=me1ogumcm218659344 (режим доступа 12.08.2025)
45. Зотов П.Б. Акцентный подход в психокоррекционной работе с суицидентами. *Научный форум. Сибирь*. 2017; 3 (1): 79-82. [Zotov PB. Accentual approach to psycho-correction work with the suicides. *Scientific forum. Siberia*. 2017; 1: 79-82.] (In Russ)
46. Camus A. Le Mythe de Sisyphe. Éditions Gallimard, 1942; 189.

Information about the author:

Merinov Alexey V. – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 7508-2691; ResearcherID: AAT-8010-2020; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Place of work and position: Professor of the Department of Psychiatry and psychological counseling Ryazan State Medical University. Address: 9 Visokovol'tnaya str., Ryazan, 390026, Russia, Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovalex@gmail.com

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

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

Статья поступила / Article received: 29.06.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 23.08.2025.

Для цитирования: Меринов А.В. Декомпенсаторная (минус) модель суицидального поведения. Часть I. Плюс / минус модели суицидогенеза, главный вопрос суицидологии. *Суицидология.* 2025; 16 (3): 3-29. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-3-29

For citation: Merinov A.V. The decompensatory (minus) model of suicidal behavior. Part I. Plus / minus models of suicidogenesis, the main issue of suicidology. *Suicidology.* 2025; 16 (3): 3-29. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-03(60)-9-29