

СУИЦИД И ПСИХИАТРИЯ: СУИЦИДЕНТ СКОРЕЕ БОЛЕН ИЛИ СКОРЕЕ ЗДОРОВ. РАЗМЫШЛЕНИЯ О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ САМОУБИЙСТВ, ОСОЗНАННОСТИ ДЕЙСТВИЙ И ИСТИННОСТИ НАМЕРЕНИЙ

А.В. Меринов, И.М. Шишкова, Н.А. Емец, А.С. Новичкова, А.В. Косырева

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

ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер», г. Рязань, Россия

SUICIDE AND PSYCHIATRY: THE SUICIDAL PERSON IS MORE LIKELY TO BE ILL OR RATHER HEALTHY. REFLECTIONS ON THE PSYCHIATRIC QUALIFICATION OF SUICIDE, AWARENESS OF ACTIONS AND THE TRUTH OF INTENTIONS

A. V. Merinov, I. M. Shishkova, N. A. Emec, A. S. Novichkova, A. V. Kosy'reva

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
Regional Clinical Narcological Dispensary, Ryazan, Russia

Сведения об авторах:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7508-2691; Researcher ID: M3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovalex@gmail.com

Шишкова Ирина Михайловна – кандидат психологических наук (SPIN-код: 1424-2424; Researcher ID: ABF-2606-2020; ORCID iD: 0000-0002-9343-4195). Место работы и должность: доцент кафедры общей и специальной психологии с курсом педагогики ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 97-18-67, электронный адрес: seagull93@yandex.ru

Емец Наталья Анатольевна (Researcher ID: ALL-7302-2020; ORCID iD 0000-0002-7406-4563). Место работы и должность: главный врач ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер» Адрес: Россия, 390047, г.Рязань, Восточный промузел, 20. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: gburooknd@ryazan.gov.ru

Новичкова Анастасия Сергеевна – врач психиатр-нарколог (SPIN-код: 6153-8811; Researcher ID: AAA-1519-2019; ORCID iD: 0000-0003-4694-4974). Место работы и должность: врач психиатр-нарколог ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер» Адрес: Россия, 390047, г. Рязань, Восточный промузел, 20. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: nastia1806@icloud.com

Косырева Ангелина Владимировна (Researcher ID: JWP-2959-2024; ORCID iD: 0009-0004-3864-2698). Место учёбы: студентка 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: kosyрева.angelina@inbox.ru

Information about the authors:

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

Shishkova Irina Mikhailovna – PhD in psychology (SPIN-code: 1424-2424; Researcher ID: ABF-2606-2020; ORCID iD: 0000-0002-9343-4195). Place of work and position: Assistant professor of the Department of general and special psychology with the course of pedagogy, Ryazan State Medical University. Address: 9 Visokovoltnaya str. Ryazan, 390026, Russia, Phone: +7 (4912) 97-18-67, email: seagull93@yandex.ru

Emec Natalia Anatolievna (Researcher ID: ALL-7302-2020; ORCID iD 0000-0002-7406-4563). Place of work and position: Head Doctor of Regional Clinical Narcological Dispensary. Address: 20 Vostochny Promuzel, Ryazan, 390047, Russia. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: gburooknd@ryazan.gov.ru

Novichkova Anastasia Sergeevna – psychiatrist-narcologist (SPIN-code: 6153-8811; Researcher ID: AAA-1519-2019; ORCID iD: 0000-0003-4694-4974). Place of work and position: psychiatrist-narcologist of Regional Clinical Narcological Dispensary. Address: 20 Vostochny Promuzel, Ryazan, 390047, Russia. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: nastia1806@icloud.com

Kosy'reva Angelina Vladimirovna – student (Researcher ID: JWP-2959-2024; ORCID iD: 0009-0004-3864-2698). Place of study: student of Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov. Address: Russia, 390026, Ryazan, 9 Visokovoltnaya str. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: kosyрева.angelina@inbox.ru

Результаты ответов студентов старших курсов медицинского вуза на вопрос: «Обязательно ли лицо, покончившее с собой, страдает каким-либо видом психического расстройства?», послужили отправной точкой данной работы. Число положительных ответов стремилось к отметке в 100%. Суицидальное поведение для большинства людей является темой пугающей, одиозной и загадочной, никоим образом не способной характеризовать психически здорового человека. *Целью работы* является оценка присутствия психиатрического или наркологического расстройства (установленного или предполагаемого) у суицидентов и парасуицидентов, а также его возможного влияния на осуществлённый суицид (попытку), посредством анализа достаточно распространённых в практике клинических случаев. *Материалы и методы.* В работе с клинических позиций проанализированы 28 наблюдений завершённых суицидов, попыток самоубийства и несчастных случаев в результате демонстративно-шантажных действий. Используются методы психиатрической и психологической аутопсий, клиническое обследование. *Результаты.* Продемонстрировано, что суицидальное и парасуицидальное поведение, сами по себе являясь отдельными клиническими феноменами, сопровождают весь континуум «норма – психическая патология». Имеются варианты самоубийств с пониманием сути производимых над собой действий и без него (осознанием характера и цели замысла и без таковых), с присутствием чёткого волевого управляющего компонента и со значительным снижением или извращением последнего. Отношение присутствия психического заболевания и суицида многогранно, начиная от несомненного участия болезни в этапах суицидогенеза до отсутствия такового (даже у лиц, находящихся в момент гибели в психотическом состоянии). В случае гибели в момент психотического состояния разумно использовать следующие модели сочетания имеющегося расстройства и самоубийства: с безусловным влиянием психотической симптоматики и с осознанием последствий осуществляемых действий – индуцированный психотическим состоянием суицид; с безусловным влиянием, но без осознания последствий – истинный психотический суицид или психотический псевдосуицид; с безусловным влиянием, но отсутствием истинного желания именно умереть – трансформационный психотический суицид; осознанное избавление посредством суицида от переживаний, созданных психическим расстройством – парапсихотический суицид. Аффективно-шоковые варианты индукции суицидального поведения, при своей достаточно значительной распространённости, редко диагностируются прижизненно в силу параллельности своего формирования суицидальному поведению. Зачастую это вариант лишь постмортальной диагностики с привлечением пособия психиатрической аутопсии. *Выводы.* Сам факт присутствия психиатрического диагноза, без оценки контекста произошедшего и присутствия причинно-следственных связей, мало что означает сам по себе. Позволительно лишь говорить о диагнозах разного ранга суицидальной значимости. В случае суицида у психически условно здорового человека следует учитывать методологию оценки подобного сочетания. Ретроспективный подсчёт установленных ранее психиатрических или наркологических диагнозов у погибших в результате самоубийства даёт нам значительное число здоровых лиц. При проведении психологической или психиатрической аутопсии мы с большей вероятностью обнаружим указания на вероятные психиатрические отклонения.

Ключевые слова: суицидология, аутоагрессивное поведение, психиатрическая аутопсия, психологическая аутопсия, самоубийство без самоубийства, парапсихотический суицид, психотический псевдосуицид, истинный психотический суицид, индуцированный психотическим состоянием суицид, трансформационный психотический суицид

Поводом для написания предлагаемой вашему вниманию работы послужили результаты нашего недавнего анонимного тестирования студентов старших курсов медицинского вуза, прошедших образовательный модуль «Психиатрия - наркология», а также клинических ординаторов, проходящих подготовку по самым разнообразным направлениям. В ответ на вопрос: «Обязательно ли лицо, покончившее с собой, страдает каким-либо видом психического расстройства?» были получены, в целом, весьма ожидаемые результаты. Число положительных ответов стремилось к отметке в 100%. Несколько отличное мнение продемонстрировали

The reason for writing this paper was the results of our recent anonymous testing of senior students of a medical university who completed the educational module "Psychiatry-narcology", as well as clinical residents undergoing training in a wide variety of areas. In response to the question: "Does a person who commits suicide necessarily suffer from any kind of mental disorder?", in general, very expected results were obtained. The number of positive responses tended to reach 100%. Only clinical residents preparing to become psychiatrists and narcologists demonstrated a slightly different opinion: in this

лишь клинические ординаторы, готовящиеся стать психиатрами и наркологами: в данной группе 12% опрошенных выбрали ответ «часто, но совершенно необязательно».

Совершенно очевидно, что большинство неспециалистов в данной области, например, случайных прохожих на улице, будет считать так же, водружая между психической болезнью и самоубийством жирный и убедительный знак равенства. Удивительного в этом ничего нет, поскольку суицидальное поведение для множества людей является темой пугающей, одиозной, отрицаемой и, скорее, загадочной, никаким образом не способной характеризовать психически здорового человека. Подобная позиция имеет полное право на существование, являясь «человеческой, слишком человеческой»: он, конечно же, безумен, но именно так, как каждый из нас это понимает, что и создаёт парадокс счетовода: а как правильно в данном случае считать этих самых безумных? Ведь именно от этой нехитрой арифметики будет зависеть окончательный ответ: учитываем только Grand-патологию или всех, имеющих хотя бы признаки невротического расстройства (коих у нас наберётся по некоторым данным до 100% населения). И это, знаете ли, не досужий разговор: коли безумен (читай, имеет хоть какой-нибудь диагноз), то какие с него взятки? Был бы здоров, такого бы никогда не совершил, но его Величество душевная болезнь вмешалась. Но вот, если, являясь психически здоровым, лишил себя жизни – это уже непорядок. А значит, во-первых, и я так могу, что совсем не радует, руша мои прелестные психологические защиты, а во-вторых, раз болезни всё на свете объясняющей не было, то кто-то взял на себя промысел не по силам своим, а значит, сей вызов наказуем и порицаем. Приведённые размышления, мы надеемся, касаются пусть и обширного круга, но всё же граждан, далёких от всяких медий и психологий. Хуже, если подобные категорические суждения укоренились в умах профессионалов, так или иначе связанных с оказанием помощи людям, осуществившим суицидальную попытку или активно выражающих мысли о нежелании жить. То есть, тоже очень широкому кругу специалистов-медиков, социальных работников, психологов, учителей, священнослужителей. Но даже их упрекнуть в этом сложно, поскольку затрагиваемые вопросы, на самом деле, пока не имеют чёткого и однозначного ответа, а данная статья является лишь попыткой формирования во-

group, 12% of respondents chose the answer "often, but absolutely not necessarily."

It is quite obvious that most non-specialists in this field, for example, random passers-by on the street, will consider the same, placing a bold and convincing equality sign between mental illness and suicide. There is nothing surprising in this, since suicidal behavior for many people is a frightening, odious, denied and, rather, mysterious topic, in no way capable of characterizing a mentally healthy person. Such a position has every right to exist, being "human, too human": he is, of course, insane, but exactly as each of us understands it, which creates the accountant's paradox: and how is it correct in this case to count these most insane? After all, it is from this simple arithmetic that the final answer will depend: we take into account only the grand pathology or all those who have at least signs of a neurotic disorder (of which, according to some data, up to 100% of the population). And this, you know, is not an idle conversation: if he is insane (read, has at least some kind of diagnosis), then what kind of bribes are from him? If he were healthy, he would never have done such a thing, but His Majesty's mental illness intervened. But if, being mentally healthy, he took his own life, this is already a mess. So, firstly, I can do this, which is not at all pleasing, ruining my charming psychological defenses, and secondly, since there was no disease explaining everything in the world, then someone took over the fishery beyond their strength, which means that this challenge is punishable and condemned. The above reflections, we hope, relate, albeit to a wide range, but still to citizens who are far from all kinds of medicine and psychology. It is worse if such categorical judgments are ingrained in the minds of professionals who are somehow connected with helping people who have committed suicide or who actively express thoughts about not wanting to live. That is, also to a very wide range of medical specialists, social workers, psychologists, teachers, and religious residents. But even they are difficult to blame for this, since the issues raised, in fact, do not yet have a clear and unambiguous answer, and this article is only an attempt to form questions of a different order, as well as, hopefully, an unbiased view of the current situation.

просов иного порядка, а также, надеемся, непредвзятым и неангажированным взглядом на сложившуюся ситуацию.

Безусловно, основным «действующим лицом пьесы» является широко известный факт, что среди покончивших с собой лиц, действительно, страдавших душевными заболеваниями заметно больше [1-3], и с этим никто сейчас не собирается спорить. Но формулировка «больше» вовсе не означает, что все погибшие ими страдали. Более того, наличие самого диагноза из рубрики «F» МКБ-10 далеко не всегда находится в прямой связи с мотивами и причинами поступка, часто никак не позволяя объяснить случившееся. Следует помнить, что диагноз диагнозу – большая рознь, и к этому положению мы ещё неоднократно вернёмся. Попутно заметим, что существуют таковые с «высокой вероятностью суицидального поведения», и, вероятно, с более низкими рисками, включая некоторые расстройства, в суицидогенезе не замеченные вовсе [1]. В этом месте можно ещё порассуждать о роли почвы, создаваемой болезненным процессом, соотношении *posos & pathos*, но основная идея, мы думаем, понятна и так.

Несколько мыслей о том самом, пресловутом безумии и сумасшествии. Очень много вопросов к тому, что в профессиональном и, особенно, в бытийном аспектах к таковым относить. Мы не можем в данном случае пользоваться парафразом вскользь упомянутой выше формулировке концепции Бога, используемой в работе сообществ «Анонимных алкоголиков»: как мы его понимаем, точнее, как каждый индивидуально понимает. Так вот, понятия сумасшествия и безумия, несмотря на историзм терминов и вполне логическое их клиническое отрицание, всё ещё упорно продолжают присутствовать в вокабуляре современного населения всех стран, зачастую имея весьма пространное, универсальное для всех заболевших, и не требующее никаких уточнений интуитивное значение. То самое безумие, как мы его понимаем. Весьма неудачный концепт, с которым на протяжении столетий сражаются социально-ориентированные психиатры и от которого не так давно удалось в определённой степени отказаться. Несмотря на то, что в современных классификациях подобные формулировки давно не используются, тем не менее, они являются крайне укоренившимися в человеческом сознании, в том числе, в целом ряде случаев, во врачебном.

Of course, the main "actor of the play" is the well-known fact that among those who committed suicide, there were indeed more people suffering from mental illness [1-3], and no one is going to argue with this now. But the phrase "more" does not mean that all those who died suffered from them. Moreover, the presence of the diagnosis itself from the heading "F" of the ICD-10 is not always in direct connection with the motives and causes of the act, often not allowing to explain what happened in any way. It should be remembered that diagnoses have a big difference, and we will return to this position more than once. Along the way, we note that there are those with a "high probability of suicidal behavior", and probably with lower risks, including some disorders that were not noticed at all in suicidogenesis [1]. At this point, one can still speculate about the role of the soil created by the painful process, the ratio of *nosos & pathos*, but the main idea, we think, is clear.

A few thoughts about the notorious madness. There are a lot of questions about what to wear in the professional and, especially, in the existential aspects. In this case, we cannot use a paraphrase of the casually mentioned formulation of the concept of God used in the work of the communities of "Anonymous Alcoholics": how we understand him, or rather, how everyone individually understands. So, the concepts of insanity and madness, despite the historicism of the terms and their quite logical clinical extinction, still persistently remain present in the vocabulary of the modern population of all countries, often having a very extensive, universal for all patients, and intuitive meaning that does not require any clarification. That's the madness as we understand it. A very unfortunate concept that socially oriented psychiatrists have been fighting for centuries and which they managed to abandon to a certain extent not so long ago. Despite the fact that such formulations have not been used in modern classifications for a long time, nevertheless, they are extremely ingrained in human consciousness, including, in a number of cases, in the medical one.

So, it is likely that the same sign of equality is not placed between the presence of any diagnosis, namely archaic ideas about insanity-mania, and also, we would really like

Так вот, вероятно, что тот самый знак равенства ставится не между присутствием любого диагноза, а именно архаичными представлениями о безумии-мании, а также, очень бы в это хотелось верить, теми самыми, грозными в отношении высокого риска суицида гранд-болезнями (шизофрения, БАР, РАР, алкогольная зависимость, РПП). Но даже такой подход, пусть и в чуть меньшей степени, но всё также продолжает являться заблуждением, мешающим правильно и взвешено относиться к взаимосвязи рассматриваемых феноменов, давать квалифицированную оценку степени соотношения риска суицидального поведения с присутствием у человека психической патологии. В данной связи стоит отметить и то, что наличие традиционно «лёгких» психических расстройств далеко не всегда защищает от суицидальных попыток и мыслей: на настоящий момент имеется множество публикаций, подчёркивающих заметно более высокую частоту самоубийств у пациентов с невротическим уровнем патологии [4].

Но, опять же, вопрос в том, что учитывать: саму галочку напротив диагностической рубрики или же степень тяжести, особенности клинической картины, неповторимый индивидуальный узор нозоморфоза расстройства, персональные особенности личности и характера, устойчивость к стрессу, степень интегрированности в социальные взаимодействия? И, кстати, много чего ещё. Ответ как бы очевиден, но, судя по всему, не совсем и не для всех. И та самая пресловутая жизнестойкость больного шизофренией может дать фору многим условно психически здоровым лицам или всё тем же индивидам с невротическими расстройствами или гражданам с инволюционной патологией.

Кроме того, «масла» в огонь версии почти обязательного присутствия некой психической патологии у суицидентов «подливают» последние публикации, касающиеся биомаркеров и молекулярно-генетических особенностей мозга погибших, говорящих в пользу возможного присутствия психической патологии, в частности, депрессивного расстройства [5]. Предположительно формирующихся на каком-то из этапов суицидогенеза, достаточно отдалённом или непосредственно предшествующему финальному действию. Главное здесь, что якобы присутствовали некие прижизненные изменения пресуицидального характера, вызвавшие позже некий поведенческий каскад. Кстати, весьма любопытным было бы попутно узнать, у скольких чу-

to believe it, those same grand diseases that are formidable in relation to the high risk of suicide (schizophrenia, BAD, alcohol dependence, ED). But even such an approach, albeit to a slightly lesser extent, still continues to be a misconception that prevents a correct and balanced attitude toward the relationship of the phenomena under consideration, to give a qualified assessment of the degree of correlation between the risk of suicidal behavior and the presence of mental pathology in a person. In this regard, it is worth noting that the presence of traditionally "mild" mental disorders does not always protect against suicidal attempts and thoughts: at the moment, there are many publications emphasizing a noticeably higher suicide rate in patients with a neurotic level of pathology [4]. But, again, the question is what to consider: the tick itself opposite the diagnostic heading or the degree of severity, the features of the clinical picture, the unique individual pattern of the nosomorphosis of the disorder, personal characteristics and character, resistance to stress, the degree of integration into social interactions? And, unfortunately, a lot more. The answer seems to be obvious, but, apparently, not at all and not for everyone. And that very notorious resilience of a schizophrenic patient can give odds to many people who are mentally healthy, or to the same individuals with neurotic disorders or citizens with involuntal pathology.

In addition, recent publications concerning biomarkers and molecular genetic features of the brain of the deceased, which speak in favor of the possible presence of mental pathology, in particular, depressive disorder, "add oil" to the fire of the version of the almost obligatory presence of a certain mental pathology in suicides [5]. Presumably formed at some stage of suicidogenesis, sufficiently distant or immediately preceding the final action. The main thing here is that there were allegedly some pre-suicidal changes in life, which later caused a certain behavioral cascade. By the way, it would be very interesting to find out along the way how many miraculously continuing to live similar changes are present, even if there is a mental pathology that can explain them specifically in those who have never expressed intentions to commit suicide. Or is it just a matter of time? We hope that we will receive similar

десно продолжающих жить похожие изменения присутствуют, ещё и при наличии психической патологии, способной их объяснить конкретно у тех, кто никогда намерений покончить с собой не высказывал. Или это только вопрос времени? Надеемся, скоро подобные ответы будут нами получены.

Ещё одним любопытнейшим в этой связи моментом являются данные психиатрических аутопсий (мы умышленно написали «психиатрических», а не «психологических»), поскольку последние имеют к устанавливаемым после гибели диагнозам весьма далёкое отношение [6]. К причине смерти (суицидальная, несчастный случай, убийство), безусловно, да, но верификация причинно-следственных отношений между присутствием психического расстройства и суицидальной гибели – это уже несколько больше аутопсии психологической. Тут подход «стоял на учёте в диспансере, вот и результат...» выглядит неубедительным. Ведь вся беда в том, что часто погибший нигде не состоял, проходил всевозможные освидетельствования у психиатра или нарколога (профессиональные, получение водительских справок и документов на право владения оружием), а на следующий день совершил непоправимое.

Мы иногда с лёгкостью, опираясь на некие психолого-поведенческие, свидетельские и документально-эпистолярные указания, предшествующие суициду, готовы убедительно поставить или же немного «натянуть» предполагаемый, но всего лишь вероятный клинический диагноз, поскольку при жизни таковой отсутствовал. А «обратной» диагностики в принципе не существует, может быть, за исключением ситуации, когда та самая карточка в диспансерном отделении, всё же, спустя какое-то время, но нашлась, или нами был обнаружен психиатр погибшего человека обследовавший, но записей не оставивший. И вот он, «краеугольный камень» подобных констатаций: а с какой вероятностью устанавливаемый посмертно диагноз был бы поставлен ещё при жизни, за неделю или сутки до? И в ряде случаев возникли бы серьёзные диагностические проблемы, даже оценивай мы человека непосредственно перед самой попыткой. Вот тут, к сожалению, впору гадать в диапазоне от 0 до 100%. Кому-то, разумеется, диагноз поставлен будет, но некоторым – весьма сомнительно или и вовсе нет?

Конечно, это рассуждения больше гипотетического характера, но не согласиться с ними сложно.

answers soon.

Another interesting point in this regard is the data of psychiatric autopsies (we deliberately wrote "psychiatric" and not "psychological"), since the latter have a very distant relation to the diagnoses established after death [6]. To the cause of death (suicidal, accident, murder), of course, yes, but the verification of the causal relationship between the presence of a mental disorder and suicidal death is already somewhat more than a psychological autopsy. Here the approach "I was registered at the dispensary, that's the result ..." looks unconvincing. After all, the whole trouble is that often the deceased did not belong anywhere, passed all kinds of examinations from a psychiatrist or a narcologist (professional, obtaining driver's certificates and documents for the right to own weapons), and the next day committed the irreparable.

We sometimes easily, relying on certain psychological and behavioral, witness and documentary epistolary indications preceding suicide, are ready to convincingly put or slightly "stretch" the supposed, but only probable clinical diagnosis, since there was no such during our lifetime. And there is no "reverse" diagnosis in principle, maybe, except for the situation when the same card in the dispensary department, nevertheless, after some time, was found, or we found a psychiatrist who examined the deceased person, but did not leave any records. And here it is, the "cornerstone" of such statements: and with what probability would a posthumously diagnosed disease have been made during his lifetime, a week or a day before? And in some cases, serious diagnostic problems would arise, even if we evaluated the person directly before the very attempt. Unfortunately, it's time to guess in the range from 0 to 100%. Of course, someone will be diagnosed, but for some it is very doubtful or not at all?

Of course, these arguments are more hypothetical, but it is difficult to disagree with them. But along the way, let's return once again to the second "stone": and even if the diagnosis had been previously established, was it a mental disorder that prompted the fatal step? Putting a carrier in a risk group is as much as you want, but whether the disorder of the perceptual sphere of the hallucinat-

И попутно вернёмся ещё раз ко второму «камню»: да и будь диагноз ранее установленным, именно ли психическое расстройство подтолкнуло к фатальному шагу? Поместило носителя в группу риска – этого сколько хотите, а вот имело ли расстройство перцептивной сферы галлюцинировавшего пациента отношение к его смерти, опять же – большой вопрос. То есть, мы находимся, либо просто в плоскости оценки общих рисков той или иной диагностической рубрики, к примеру, констатируя хрестоматийный высокий риск совершения суицида больными алкогольной зависимостью, либо пытаемся попасть во вторую, учитывающую и оценивающую непосредственную связь имеющегося расстройства у конкретного пациента с фактом его же суицида. Ведь нам хорошо знакомы и «счастливые» злоупотребляющие, никогда в жизни не сталкивающиеся с антивитальными переживаниями, как и те, чьё расстройство сопряжено с похмельными депрессиями, переживаниями безысходности и моделью прогрессирующей потери социальных связей [7, 8]. Проще говоря, далеко не сам диагноз в данном случае толкает пьющего в петлю. Наличие его в данном случае, безусловно, плохо с обобщённо-статистических позиций, но вот будет ли он причиной или лишь подготовит необходимую почву – это, опять же, заставляет задуматься.

ВОЗ тоже не даёт ответа со своей формулировкой здоровья, где оно – есть не только отсутствие болезни (читай, вовремя установленного диагноза в любой сфере), но и состояние полного физического, душевного и социального благополучия. И вот последние факторы, занимающие не последнее место в истории суицидогенеза, могут оказывать своё пагубное влияние и в ситуации полного формального бездиагнозья. И это снова раскачивает стройную схему: суицид = всегда душевное расстройство или, как минимум, острое аффективное состояние в результате стресса. Ибо и донозологических форм психической нестабильности за глаза хватит, чтобы создать полное физическое, душевное и социальное неблагополучие (к примеру, опасного употребления алкоголя – QE10 по МКБ-11). И вот здоров теперь формально человек, а неформально – вовсе нет.

По поводу упомянутой острой реакции на стресс – это же не просто волнение какое-то, а диагностическая рубрика, которая может выступать в качестве сопровождающей реакции на внешний, потенциально суицидогенный раздражитель. И без

ing patient was related to his death, again, is a big question. That is, we are either simply in the plane of assessing the general risks of a particular diagnostic heading, for example, stating the textbook high risk of suicide by patients with alcohol dependence, or we are trying to get into the second one, which takes into account and evaluates the direct connection of the existing disorder in a particular patient with the fact of his own suicide. After all, we are well acquainted with "happy" abusers who have never encountered anti-sexual experiences in their lives, as well as those whose disorder is associated with hang-over depressions, feelings of hopelessness and the possibility of progressive loss of social ties [7, 8]. Simply put, it is far from the diagnosis itself in this case pushes the drinker into a noose. Its presence in this case is certainly bad from a generalized statistical point of view, but whether it will be the cause or only prepare the necessary ground - this, again, makes you think.

WHO also does not give an answer with its formulation of health, where it is not only the absence of disease (read, a timely diagnosis in any field), but also a state of complete physical, mental and social well-being. And the last factors, which occupy not the last place in the history of suicidogenesis, can have their detrimental effect in a situation of complete formal non-diagnosis. And this again rocks the harmonious scheme: suicide = always a mental disorder or, at least, an acute affective state as a result of stress. For even prenosological forms of mental instability are enough behind the eyes to create complete physical, mental and social distress (for example, dangerous alcohol consumption – QE10 according to ICD-11). And now a person is formally healthy, but informally not healthy at all.

Regarding the mentioned acute stress reaction, this is not just some kind of excitement, but a diagnostic heading that can act as an accompanying reaction to an external, potentially suicidal stimulus. And a person would have endured without it, but against its background, it did not work out. Or the second option: there was a man who had never had active suicidal experiences at all before, but a stressful situation happened, he "went into overdrive", and bad thoughts came from somewhere against this background. Is this

неё бы вытерпел человек, а на её фоне – не получилось. Или второй вариант: жил человек, никогда ранее активных суицидальных переживаний не имел вовсе, но случилась стрессовая ситуация, «зашёлся» в переживаниях, и откуда-то пожаловали на этом фоне дурные мысли. Вот он, почти всё объясняющий диагноз? Большой депрессии могло и не быть, но наверняка была разовая или хроническая травмирующая ситуация: некое известие, изменение в жизни, которые и вызвали острую реакцию на стресс или выраженное расстройство адаптации, и как результат... Вчера он был здоровым, а спустя два часа после этого, узнав про измену любимой, испытав стресс охнул в острую безысходность, замателся и свёл счеты с жизнью, находясь при этом в изменённом (успешно нами диагностируемом, окажись мы в этот момент рядом) состоянии психики. Но! Обязательно ли и тут будут присутствовать необходимые для постановки диагноза критерии? Боимся, что тоже нет. Тогда в этом случае их отсутствие и спокойный вид готовящегося покинуть жизнь, можно при желании истолковать как глухую или ироничную депрессию. Особенно, если у нас, к сожалению, в связи с определёнными обстоятельствами уже отсутствует возможность спросить потенциального носителя диагноза. Хорошо, что для квалифицированного специалиста «глухая депрессия» так же имеет диагностические критерии, как, кстати, и самая обманчивая из гипотимий – «депрессия улыбающаяся»: усмешку висельника трудно с чем-то спутать, как и неповторимый юмор таких пациентов. Так, может, был здоров человек?

Позволим ещё несколько ремарок и замечаний. Первое: традиционно самоубийства любят делить на несколько условных разновидностей: истинные и демонстративные (про третью, а именно, психотические предстоит разговор особый) [2, 9, 10]. Как правило, демонстративно-шантажные самоубийства совершаются в состоянии аффектации, они часто носят манипулятивный характер и якобы являются «не столько попыткой лишить себя жизни, сколько криком о помощи» (мы лишь предположим, что в той или иной степени, любой суицид несёт в себе призыв, несогласие, попытку изменения реальности). И вот, собственно, вопрос: в ситуации своей случайной завершённости должны ли мы поменять квалификацию на истинный? То есть, первично демонстративный, но, волею судеб, вторично истинный? Или рассматривать произошед-

the diagnosis that explains almost everything? There might not have been a major depression, but there certainly was a one-time or chronically traumatic situation: some news, a change in life that caused an acute reaction to stress or a pronounced adaptation disorder, and as a result... Yesterday he was healthy, and two hours later, after learning about the betrayal of his beloved, having experienced stress, plunged into acute despair, rushed and committed suicide, while being in a changed (successfully diagnosed by us, if we were nearby at that moment) state of mind. But! Is it necessary that the criteria for the diagnosis will be present here? We are afraid that it is not either. Then, in this case, their absence and the calm appearance of preparing to leave life can, if desired, be interpreted as "deaf" or "ironic" depression. Especially if, unfortunately, due to certain circumstances, we no longer have the opportunity to ask a potential carrier of the diagnosis. It is good that "deaf depression" also has diagnostic criteria for a qualified specialist as, by the way, the most deceptive of hypothymsias - "smiling depression". It is difficult to confuse the gallows man's grin with something, as well as the unique humor of such patients. So, maybe the person was healthy?

Let's allow a few more remarks. First: traditionally, suicides are divided into several conditional varieties: true and demonstrative (about the third, namely, psychotic, we will have a special conversation) [2, 9, 10]. As a rule, demonic-blackmail suicides are committed in a state of affectation, they are often manipulative in nature and allegedly are "not so much an attempt to take their own lives as a cry for help" (we will only assume that any suicide carries a call, disagreement, an attempt to change reality to one degree or another). And here, in fact, is the question: should we change the qualification to the true one in a situation of our accidental completeness? That is, primarily demonstrative, but, by the will of fate, secondarily true? Or consider what happened in the plan or just an accident? Is it suicide or carelessness in a number of situations - that's another question. Moreover, most people have stable cognitive distortions in this regard: first, since demonstration and blackmail, then it must presumably be an attempt, and not killing themselves, otherwise the meaning of such blackmail?

шее в плоскости лишь несчастного случая? Самоубийство это или неосторожность в ряде ситуаций, тот ещё вопрос. Более того, у большинства обывателей существуют устойчивые когнитивные искажения на данный счёт: первое, раз демонстрация и шантаж, то это должна быть предположительно попытка, а не убийство себя, иначе смысл такого шантажа? Должна иметь место просто декларация серьёзности намерений или важности неких идеалов. То есть, в первом случае (истинный суицид) человек не желает жить и точка, а во втором (демонстративный вариант) желает, но хочет ценой риска для собственной жизни или ценой её потери чего-то добиться. То есть, жить он ещё как хочет, но не может? К примеру, убивающий себя в знак протеста в связи с введением новых налоговых изменений. И, второе, если последний погиб, отстаивая свои идеалы или привлекая внимание к чему-то, осознанно совершая действия, понимаемые им как смертельные, то он всё же истинно желал умереть, а значит – суицид истинный? И ещё – если мы имеем «немой» суицид (без анамнеза и траектории суицидогенеза), абсолютно истинный на первый и второй взгляд, насколько правомочно и корректно утверждать, что это случай шантажа или демонстрации, о которой мы по какой-то причине так не узнали. Таким образом, всё у нас тут немного запутано и требует существенного уточнения якобы существующих дефиниций рассматриваемых состояний, а также уточнения возможного присутствия психиатрической составляющей в обоих случаях.

Второе соображение. Совершенно вероятно, имеются варианты самоубийств с пониманием сути производимых над собой действий (реальное желание погибнуть) и без него (здесь уже знак вопроса в отношении истинности самого подобного желания и вообще присутствия факта суицида как такового). В первом случае всё более или менее понятно: добровольно и с осознанием последствий (кстати, совершенно неважно, с душевным расстройством или без), а во втором? Возьмём, к примеру, слабоумного пациента: он самостоятельно расковырял себе вены предплечья, поскольку ему было интересно, сколько в нём крови. То есть, критерий добровольности лишения себя жизни присутствовал? Вероятно. Но как быть со вторым критерием? Осознанием последствий собственных действий, ведь он же совершенно не представлял последствий, да и выражал ли желание умереть – большой вопрос. Но да-

There should be a simple declaration of the seriousness of intentions or the importance of certain ideals. In the first case (true suicide) a person does not want to live, and in the second (demonstrative option) he/she wants, but also wants to achieve something at the cost of risking his/her own life or at the cost of losing it. So, he/she still wants to live, but he can't? For example, killing himself/herself in protest at the introduction of new tax changes. And secondly, if the latter died defending his/her ideals or drawing attention to something, consciously committing actions that he/she understood as deadly, then he/she still truly wanted to die, which means that suicide is true? And yet – if we have a "dumb" suicide (without a history and trajectory of suicidogenesis), absolutely true at first and second glance, how legitimate and correct is it to claim that this is a case of blackmail or demonstration, which for some reason we did not find out about. Thus, everything here is not very complicated and requires significant clarification of the allegedly existing definitions of the conditions under consideration, as well as clarification of the possible presence of a psychiatric component in both cases.

The second consideration. It is quite likely that there are options for suicide with an understanding of the essence of the actions performed on oneself (a real desire to die) and without it (here is already a question mark regarding the truth of such a desire itself and in general the absence of the fact of suicide as such). In the first case, everything is more or less clear: voluntarily and with awareness of the consequences (by the way, it does not matter at all, with or without mental disorder), and in the second case? Take, for example, a feeble-minded patient: he was self-employed, but he dug out the veins of his forearm because he was wondering how much blood there was in it. That is, was the criterion of voluntary deprivation of life present here? Probably. But what about the second criterion? Awareness of the consequences of his own actions, because he did not really imagine the consequences, and whether he expressed a desire to die is a big question. But even if he did, did he understand its meaning? Suicide or an accident? By the way, one more thing is in tune with its provision: how to qualify what happened in childhood (even

же если и выражал, то понимал ли он его смысл? Суицид или несчастный случай? Кстати, с этим положением созвучно и ещё одно: как квалифицировать случившееся при детских (даже и подростковых) суицидах, когда суть необратимости осуществляемых действия ещё не понимается в силу возрастных психологических особенностей (утоны-вытону; посмотрю, как родители плачут и вернусь) или, предположим, ювенильного геймерского мышления (умру – восстановлюсь) [11]. И, безусловно, нас интересует та самая возможная психиатрическая составляющая и в случае понимания последствий, и при отсутствии такового.

Третье: хотел ли человек действительно погибнуть или только «кажется, хотел» (в любой пропорции, хотя бы 50/50), либо «хотел, но ещё как-то не совсем осознавал этого». Опять же, «заигравшись со смертью», увы, нередко гибнут, вроде бы, только пугая, эпатируя, излишне рискуя, выходя из зоны комфорта и т.д., то есть, вроде бы формально, не декларируя 100%-ного желания нас покинуть (довод в пользу несуйцидальной природы гибели). Но тут нам на помощь спешит «универсальное лекарство» концепции всевозможных хронических и маскированных суицидов [7, 8, 12], постулирующие несколько капитальных положений: даже если это и не выглядит очевидным самоубийством, то из этого не следует, что это не опосредованный пример оного; и если человек прямо не высказывал желания убить себя, то не факт, что оно не существовало в вытесненном, бессознательном виде, производя на выходе сублимат в виде более приемлемого в данном обществе (и мы не берём сейчас в расчёт страны с терпимым отношением к самоубийствам) варианта гибели (в сравнении, разумеется, с откровенным суицидом). Как быть в таких случаях? Несчастный случай или это что-то ещё? Юридически тут все более или менее ясно, но вот с позиции психологии (и даже психиатрии) не всё так очевидно: микст области фактов и области откровенных предположений. Понимая определённую несостоятельность данного «медико-юридического казуса», тем не менее, мы считаем необходимым упомянуть его, поскольку слишком часто в публикациях различного уровня приходится видеть следующие формулировки: скрытый суицид посредством злоупотребления алкоголем (и, кстати, никто в рот погибшему действительно ничего насильно не вливал); или религиозность не позволила юноше убить себя, тогда он увлёкся паркуром и наконец-то

adolescent) suicides, when the essence of the irreversibility of the actions being carried out is not yet understood due to age-related psychological characteristics (drowning; will watch my parents crying and come back) or, let's say, juvenile gaming thinking (I'll die-I'll recover) [11]. And, of course, we are interested in the very possible psychiatric component, both in the case of understanding the consequences and in the absence of such.

Third, whether the person really wanted to die or only "seemed to want to" (in any proportion, at least 50/50), or "wanted to, but somehow did not quite realize it". Again, "those who have played with death", alas, often die, it seems, only scaring, shocking, taking unnecessary risks, leaving the comfort zone, etc. It seems formally, without declaring a 100% desire to leave us (the argument in favor of the non-suicidal nature of death). But here the "universal pattern" of the concept of all kinds of chronic and masked suicides rushes to our aid [7, 8, 12], postulating several capital positions: even if it does not look like an obvious suicide, it does not follow that this is not an indirect example of it; and if a person did not directly express a desire to kill himself, then it is not a fact that it did not exist in a repressed, unconscious form, producing a sublimat in the form of a more acceptable death option in this society (and we do not take into account countries with a tolerant attitude toward suicide now) (in comparison, of course, with outright suicide). What should be done in such cases? Is it an unfortunate case or is it something else? Legally, everything is more or less clear here, but from the point of view of psychology (and even psychiatry), not everything is so obvious: a mix of the field of facts and the field of frank assumptions. Realizing the certain inconsistency of this "medical and legal incident", nevertheless, we consider it necessary to mention it, since in publications of various levels we have to see the following formulas too often: hidden suicide through alcohol abuse (and, by the way, no one really forced anything into the mouth of the deceased); or religiosity did not allow the young man to kill himself, then he became interested in parkour and finally got what he was looking for (again, no one really pushed him, but awareness in this case causes great doubts). There

получил искомое (опять же, действительно, никто его не толкал, но и осознанность в этом случае вызывает большие сомнения). Подобных примеров можно привести ещё множество, но все они находятся, так сказать, на достаточно ангажированной и умозрительной грани. Опять поднимая вопрос: всё эти искушающие терпение и излишне рискующие, где их место в психиатрической номенклатуре и есть ли вообще таковое?

И четвёртое: самоубийство осуществлено в относительно / несомненно здравом уме или психозе (термин, безусловно, устаревший, но смысл его остаётся понятным). Это, как раз, проблема широко распространённого психотического суицида, который мы сознательно убрали из выше рассматриваемой классификации (истинный, демонстративно-шантажный и психотический). На наш взгляд, последний заслуживает особого упоминания в силу частого отсутствия понимания своих действий и возможности ими руководить (не всегда, но достаточно часто). И вот тут у нас складывается ситуация, напоминающая в ряде случаев приведённый выше пример со слабоумным пациентом: лишение себя жизни в состоянии психоза носит добровольно осуществляемый, часто даже декларативный характер, но вот продиктовано оно нередко фабулой галлюцинаторно-бредовых переживаний, помрачённым сознанием и т.д., что, безусловно, не всегда позволяет нам говорить о втором критерии, а именно осознанности в отношении своих действий. Так является ли случившееся самоубийством в самом общепринятом смысле? Внешне и фактически – да, но, по сути, возникают некоторые несостыковки и шероховатости, возможно, формируя прецедент самоубийства без самоубийства.

Завершая вступление, отметим, что для большинства специалистов-суицидологов поднимаемая тема, и мы в этом уверены, благополучно закрыта. Тем не менее, существует обширное число лиц, в разной степени соприкасающихся с суицидальным поведением, которые не сумеют сформулировать чёткие и понятные ответы на затронутые вопросы. Чему помешает отсутствие осязаемых опорных признаков и некоторые, ни на чём не основанные, представления, касающиеся сути связи психических расстройств и суицидального феномена (психологическая контаминация и устойчивые житейские установки). Мы также понимаем и то, что поднимаемые аспекты имеют больше академический и научный характер, но, всё же, в ряде случа-

are many more similar examples, but all of them are, so to speak, on a rather biased and speculative edge. Again, raising the question: all these tempting patience and unnecessarily risky people, where do they belong in the psychiatric nomenclature and is there such a place at all?

And fourth: suicide was carried out in a relatively/undoubtedly sane mind or psychosis (the term is certainly outdated, but its meaning remains clear). This is precisely the problem of widespread psychotic suicide, which we have deliberately removed from the above classification (true, demonstratively blackmailing and psychotic). In our opinion, the latter deserves special mention due to the frequent lack of understanding of their actions and the ability to direct them (not always, but quite often). And here we have a situation that in some cases resembles the above example with an imbecile patient: depriving oneself of life in a state of psychosis is voluntarily carried out, often even declarative, but it is often dictated by the plot of hallucinatory delusional experiences, clouded consciousness, etc., which, of course, does not always allow us to talk about the second criterion, namely awareness of our actions. So, is what happened a suicide in the most common sense? Externally and in fact, yes, but, in fact, some inconsistencies and roughnesses arise, perhaps forming a precedent of suicide without self-murder.

Concluding the introduction, we note that, the topic under discussion, and we are sure of it, is safely closed for most specialists in suicidology. Nevertheless, there are a large number of people who come into contact with suicidal behavior to varying degrees, who will not be able to formulate clear and understandable answers to the questions raised. What will be prevented by the lack of tangible supporting signs and some, based on nothing, ideas concerning the essence of the connection between mental disorders and the suicidal phenomenon (psychological contamination and stable everyday attitudes). We also understand that the aspects raised are more academic and scientific in nature, but still, in some cases, very practical.

"Why talk and write about it?" is exactly the question we heard from a number of colleagues at the stage of discussing the design of this work. A man died, why stir it up, what

ев, и весьма практический.

«Зачем про это говорить и писать?», – именно такой вопрос мы услышали от ряда коллег на этапе обсуждения дизайна настоящей работы. Умер человек, зачем это ворошить, какая теперь разница, была связь с диагнозом, да и был ли тот вообще? Но, собственно говоря, от имеющейся позиции и наших знаний на этот счёт зависят, в частности, подходы к профилактике суицидального поведения, активность использования скрининговых систем в студенческих и подростковых коллективах, осознанность и включённость в этот процесс психиатров, наркологов, педагогов. Для выживших лиц эти знания позволят, «где надо» избежать или трансформировать возникшую мощную самостигматизацию: раз так случилось, я точно болен; и раз это так, то ничего не стоит и повторить, что ещё ждать от душевно больного, как я? В других случаях, наоборот, акцентировать внимание на действительно присутствующих расстройствах, с помощью медикаментов или психотерапии, сводя будущие риски к минимальным возможным значениям, моделям: «у меня есть психическое расстройство, но всегда существует и поддержка» или «я хрупкий, но уже стремлюсь стать другим». Остаются ещё родственники погибших, для которых понимание того, в каком состоянии психики их близкий покончил с собой, иногда имеет первостепенное и принципиальное значение. Кроме того, существует и ещё множество прочих заинтересованных служб и общественных институтов.

Целью работы является оценка присутствия психиатрического или наркологического расстройства (установленного или предполагаемого) и его возможного влияния на осуществлённый суицид (попытку) посредством анализа достаточно распространённых в практике клинических случаев.

Гипотезой являются положения, что психическое расстройство может непосредственным образом находиться в причинно-следственной связи с осуществлённым суицидом (установленное ранее или относительно несомненно подтверждённое данными психиатрической аутопсии); суицид возможен у лица, ранее демонстрировавшего все признаки душевного здоровья, однако на фоне жизненных потрясений давшего клинически очерченную картину острой реакции на стресс (расстройства адаптации), исключительное состояние психики. Кстати, и такое лицо будет считаться условно здоровым во всех случаях, когда мы лишь можем

difference does it make now, was there a connection with the diagnosis, and was there one at all? But, actually, approaches to the prevention of suicidal behavior, the active use of screening systems in student and adolescent groups, the awareness and involvement of psychiatrists, narcologists, and teachers in this process depend on the available position and our knowledge on this subject, in particular. For survivors - this knowledge will allow them to escape or transform the powerful self-stigmatization that has arisen "where it is necessary": if this happens, I am definitely ill; and if this is so, then it is worth repeating nothing, what else can you expect from a mentally ill person like me? In other cases, on the contrary, to focus on the disorders that are really present, with the help of medications or psychotherapy, reducing the risks to the minimum possible values, models: "I have a mental disorder, but there is always a support" or "I am fragile, but I am already striving to become a friend". There are still relatives of the victims, understanding the state of their loved one's psyche committed suicide is sometimes of paramount and fundamental importance for whom. In addition, there are many other interested services and public institutions.

The purpose of this work is to assess the presence of a psychiatric or narcological disorder (established or suspected) and its possible impact on a committed suicide (or attempt) by analyzing fairly common clinical cases in practice.

The hypothesis is that a mental disorder may be directly causally related to a suicide (previously established or relatively undoubtedly confirmed by psychiatric autopsy data); suicide is possible in a person who previously demonstrated all signs of mental health, but against the background of life shocks gave a clinically outlined picture of acute reaction to stress (adaptation disorders), an exceptional state of mind. By the way, such a person will be considered conditionally healthy in all cases when we can only assume this mechanism, but do not have any direct indications of it. Thirdly, suicidal behavior can occur in a mentally healthy person, in whom a psychiatric autopsy, with all its desire, will not be able to establish the signs of mental illness or some special state of mind, provided that all the necessary data and materials are present.

предположить данный механизм, но не имеем на него никаких прямых указаний. В-третьих, суицидальное поведение может возникнуть у человека психически здорового ранее, у которого психиатрическая аутопсия, при всём желании, не сможет установить признаков душевного заболевания или некоего особого состояния психики, при условии присутствия всех необходимых данных и материалов. И последний вариант: диагноз психического заболевания установлен до осуществления суицида, но вряд ли имеет прямые отношения к возникновению последнего.

Давайте перейдём к практике, и разберём ряд вариантов суицидального поведения с психиатрических позиций, отвечая, на первый взгляд, на достаточно простые и незамысловатые вопросы: прежде всего, душевно здоров или болен был человек, то есть, имелось ли у него на момент совершения суицида или его попытки какое-либо F00-99 расстройство? Было ли оно каким-то образом связано с фактом суицидального поведения? И последний интересующий нас вопрос: а что же на самом деле случилось? Мы имеем несомненное самоубийство или некоторые клинические, процессуально-методологические или юридические нюансы всё же вызывают у нас некоторые сомнения.

Начнём с наименее спорных наблюдений, в определённом смысле, практически референсного характера.

Наблюдение 1. Н., 39 лет. Диагноз: рекуррентное аффективное расстройство, депрессивный эпизод средней тяжести с соматическим синдромом (F33.1). Ранее перенёс пять депрессивных эпизодов сходной тяжести, всякий раз испытывал отвращение к жизни, высказывал неоднократные просьбы к персоналу отделения «убить его, поскольку он не заслуживает права на жизнь». Отчётливые переживания предсердечной тоски, taedium vitae, идеи самоуничтожения и самообвинения сверхценного характера, развернутая триада Протопопова. В начале последней фазы, написав предсмертную записку самоуничтожительного характера, покончил с собой.

Перед нами пример суицида истинного, человека с диагностированным психическим расстройством, которое самым непосредственным образом связано с возникновением суицидальных устремлений, завершившихся самоубийством. Пациент осознавал характер желаний и результат своих действий. Клинически мы имеем депрессивный син-

And the last option: the diagnosis of mental illness was established before the suicide, but it is unlikely to have a direct relationship to the occurrence of the latter.

Let's move on to the practice part, and analyze a number of options for suicidal behavior from a psychiatric perspective, answering, at first glance, fairly simple and uncomplicated questions: first of all, was the person mentally healthy or ill, that is, did he have any F00-99 disorder at the time of committing suicide or its attempt? Was it somehow related to the fact of suicidal behavior? And the last question that interests us is: what really happened? We have an undoubted self-murder or some clinical, procedural, methodological or legal nuances still give us some doubts.

Let's start with the least controversial observations, in a certain sense, of an almost reflexive nature.

Observation 1. Patient N., 39 years old. Diagnosis: recurrent affective disorder, a depressive episode of moderate severity with somatic syndrome (F33.1). Previously, he had suffered five depressive episodes of the similar severity, felt aversion to life every time, and made repeated requests to the department staff to "kill him, since he does not deserve the right to live". Distinct experiences of precordial anguish, taedium vitae, ideas of self-abasement and self-accusation of a super-valuable nature, Protopopov's reversed triad. At the beginning of the last phase, having written a suicide note of a self-deprecating nature. Then he committed suicide.

Here is an example of a true suicide, a person with a diagnosed mental disorder, which is most directly related to the emergence of suicidal aspirations that ended in suicide. The patient was aware of the nature of his suffering and the result of his actions. Clinically, we have a depressive syndrome with the highest suicide risk coefficient, as well as the causal trajectory that is most understandable in suicidology. Of course, even despite the presence of a severe mental disorder, there is no question of any variant of psychotic suicide.

Observation 2. Patient V., 45 years old. Diagnosis: mental and behavioral disorders caused by alcohol consumption. Abstinent condition (F10.30). Three days after a very heavy binge have passed, a hangover syn-

дром, имеющий наивысший коэффициент суицидального риска, как и наиболее понятную в суицидологии причинно-следственную траекторию. Разумеется, даже несмотря на присутствие тяжёлого психического расстройства, ни о каком варианте суицида психотического не идёт речи.

Наблюдение 2. Пациент В., 45 лет. Диагноз: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Абстинентное состояние (F10.30). После очередного запоя В. прошло трое суток, похмельный синдром с выраженным депрессивным компонентом. Ранее уже отмечались суицидальные мысли в похожем состоянии. На пике абстинентных переживаний, сопровождающихся компульсивными размышлениями о неспособности сдержать обещание больше не злоупотреблять алкоголем, В. написал обличающую себя предсмертную записку и покончил с собой.

Ещё один, наиболее типичный, пример истинного суицида у человека с психическим расстройством, которое непосредственным образом связано с возникновением суицидальных устремлений, завершившихся самоубийством. Результат аксиоматичной для суицидологической практики абстинентной или постабстинентной депрессии у лиц с алкогольной зависимостью, обладающей общепризнанным [7, 8] суицидогенным характером. Текст и стиль большинства оставленных в таких случаях предсмертных записок позволяет сделать вывод о присутствии понимания характера осуществляемых над собой действий. Попутно стоит заметить, что сам факт алкогольного опьянения, то есть острой интоксикации (F10.0), достаточно часто обнаруживаемый у покончивших с собой, зачастую не выступает в качестве причины суицидального поведения, лишь катализируя и опосредуя иные средовые воздействия, попутно заостряя имеющиеся просуицидальные личностные особенности.

Проанализируем ещё два примера, где влияние имеющегося диагноза неоспоримо, а описываемые психические расстройства, согласно имеющимся данным [1, 13], так же занимают лидирующие позиции в топе таковых, ассоциированных с суицидальным поведением.

Наблюдение 3. Пациентка Л., 23 года. Последние два года страдает расстройством приёма пищи в виде нервной булимии (F50.2), что сопряжено с выраженными и хроническими переживаниями по поводу несовершенства собственного тела, тща-

drome with a pronounced depressive component was carried out. Suicidal thoughts in a similar state have already been noted. At the peak of abstinent symptoms, accompanied by compulsive reflections on the inability to keep a promise not to abuse alcohol anymore, V. wrote a suicide note and committed suicide.

Another, most typical, example of true suicide in a person with a mental disorder, which is directly related to the emergence of suicidal aspirations that ended in a suicide. The result of withdrawal or post-withdrawal depression axiomatic for suicidal practice in people with alcohol dependence, which has a generally recognized [7, 8] suicidogenic character. The text and style of most of the suicide notes left in such cases allows us to conclude that there is an understanding of the nature of the actions carried out on oneself. Along the way, it is worth noting that the very fact of alcoholic intoxication, that is, acute intoxication (F10.0), which is quite often found in people who commit suicide, often does not act as a cause of suicidal behavior, only catalyzing and mediating other environmental effects, simultaneously sharpening existing suicidal personality traits.

Let's analyze two more examples where the influence of the existing diagnosis is undeniable, and the described mental disorders, according to available data [1, 13], also occupy leading positions in the top of those associated with suicidal behavior.

Observation 3. Patient L., 23 years old. She has been suffering from eating disorder in the form of bulimia nervosa (F50.2) for the last two years, which is associated with pronounced and chronic feelings about the imperfection of her own body, carefully concealed attempts to lose weight and taking anorexic drugs. Against the background of another breakdown of "proper nutrition", she experienced an acute sense of hopelessness, despair, accompanied by thinking about the way of leaving life, regarded at that moment as the only solution. She wrote a note to her parents apologizing to them, claiming that she could no longer live like this in a constant struggle with herself. After that she drank a large number of various drugs. She was found unconscious by the mother, placed in the intensive care unit, then in a psychiatric clinic. During subsequent inquiries, she noted the

тельно скрываемыми попытками сбросить вес, приемом аноректогенных препаратов. На фоне очередного срыва «правильного питания» испытала острое чувство безысходности, отчаяния, сопровождающиеся обдумыванием способа ухода из жизни, расцениваемого в тот момент в качестве единственного решения. Написала записку родителям, где извинялась перед ними, утверждала, что не может больше так жить в постоянной борьбе с собой, после чего выпила большое количество разнообразных препаратов. Была обнаружена матерью в бессознательном состоянии, помещена в реанимационное отделение, затем в психиатрическую клинику. При последующих расспросах отмечала истинное желание погибнуть на момент суицидальной попытки, других альтернатив решения ситуации в тот момент не видела.

Перед нами вновь истинная попытка суицида человека с психическим расстройством, которое самым непосредственным образом связано с возникновением суицидальных устремлений, завершившихся попыткой самоубийства. Пример присутствия заболевания, которое не диагностировано своевременно. Безусловно, пациентка осознавала характер и цель замысла, что подтвердилось в последующих интервью. Здесь мы наблюдаем достаточно типичные для расстройств приёма пищи переживания, сопровождающиеся выраженным интрапсихическим конфликтом с антивитальными переживаниями. Что, к сожалению, достаточно часто остаётся в «серой», не диагностируемой зоне, как в плане основного диагноза (в случае, например, с нервной булимией), так и в отношении имеющих при этом аутоагрессивных переживаний. Наглядный пример суицида, случившегося «абсолютно неожиданно и без всяких причин», но на самом деле присутствовал грозный, но не выявленный диагноз, являющийся главной причиной трагедии. Подобных примеров можно привести ещё достаточное количество (маскированные депрессии, соматоформное и ипохондрическое расстройство и др.).

Последняя иллюстрация любопытна тем, что у пациента имеется серьёзное психическое расстройство с очень высоким суицидальным риском (шизофрения), однако, попытка самоубийства предпринимается не в момент активного течения процесса, а на фоне выраженных резидуальных аффективных нарушений. Тот случай, когда наличие «тяжеловесного» диагноза ещё не означает знака

true desire to die at the time of the suicide attempt, she did not see any other alternatives to solving the situation at that moment.

We are once again faced with a true suicide attempt by a person with a mental disorder, which is most directly related to the emergence of suicidal aspirations that ended in a suicide attempt. An example of the presence of the disease that is not diagnosed in a timely manner. Of course, the patient was aware of the nature and purpose of the plan, which was confirmed in subsequent interviews. Here we observe quite typical experiences for eating disorders, accompanied by a pronounced intrapsychic conflict with anti-vital experiences. Unfortunately, this often remains in the "gray", undiagnosed zone, both in terms of the main diagnosis (in the case of, for example, bulimia nervosa) and in relation to the auto-aggressive experiences that exist at the same time. A clear example of a suicide that happened "absolutely unexpectedly and for no reason", but in fact there was a terrible but unidentified diagnosis, which is the main cause of the tragedy. There are still a sufficient number of similar examples (masked depression, somatoform and hypochondriacal disorder, etc.).

The last illustration is interesting because the patient has a serious mental disorder with a very high suicidal risk (schizophrenia), however, an attempt at self-murder is made not at the time of the active course of the process, but against the background of pronounced residual affective disorder. The case when the presence of a "heavy" diagnosis does not yet mean an equal sign with the role assigned to it a priori in such cases as the leading cause of the patient's suicidal death.

Observation 4. Patient A., 33 years old. Diagnosis: post-schizophrenic depression (F20.4). After another hospitalization, as a result of which acute psychotic symptoms, bearing a fur-like character were successfully stopped, A. gave a pronounced residual hypothyria. As a result of subsequent psychopharmacotherapy, the symptoms were leveled, and he was discharged in a satisfactory condition. At home, he abruptly canceled his prescribed medications, and soon he carefully hid the symptoms of depression from the doctor and loved ones. Against the background of increased longing, lack of goals in life and unwillingness to live, described in

равенства с априори отводимой ему в таких случаях ролью ведущей причины суицидальной гибели пациента.

Наблюдение 4. Пациент А., 33 года. Диагноз: постшизофреническая депрессия (F20.4). А. после очередной госпитализации, в результате которой острая психотическая симптоматика, носящая шубообразный характер, была успешно купирована, дал выраженную резидуальную гипотимию. В результате последующей психофармакотерапии симптоматика нивелировалась, был выписан в удовлетворительном состоянии. Дома самостоятельно отменил назначенные препараты, в скором времени вернувшиеся симптомы депрессии тщательно скрывал от врача и близких. На фоне усилившейся тоски, отсутствия целей в жизни и нежелания жить, детально описанных А. в предсмертной записке, пациент покончил с собой, выпив не использованные ранее психотропные лекарства.

В приведённом примере суицид носит истинный характер, человек страдает диагностированным психическим расстройством вне периода его обострения, тем не менее, ассоциированная с ним вторичная симптоматика влияет на возникновение и развитие суицидальных устремлений. Пациент осознает характер предпринимаемых действий, и мы не в праве в данном случае констатировать психотический характер совершенного им поступка.

Подытоживая данную часть, которую мы условно обозначим «психиатрический диагноз в качестве наиболее вероятной причины самоубийства», отметим, что столь очевидной и линейной данная связь является, на наш взгляд, лишь в меньшинстве имеющих в нашем распоряжении наблюдений, что дополнительно будет неоднократно продемонстрировано в повествовании ниже. Более того, существует возможность упущения из поля зрения диагнозов «первого ранга» суицидальной значимости с последующей категорической невозможностью установления имевшейся некогда связи «диагноз → суицид».

Рассмотрим теперь случаи присутствия острого психотического состояния, во время которого осуществляется суицид или его попытка – рубрика «психиатрический диагноз уровня психотического расстройства». На наш взгляд, в данном случае возможны минимум четыре варианта, традиционно «укладываемых» в размытое понятие подобного типа суицида. Это выраженное душевное нездоровье, при котором психические реакции грубо про-

detail by A. in a suicide note, the patient committed suicide by drinking previously unused psychotropic drugs.

In the given example it's the true nature of the suicide: a person suffers from the diagnosed mental disorder outside the period of its exacerbation, nevertheless, secondary symptoms associated with it affect the emergence and development of suicidal aspirations. The patient is aware of the nature of the actions being taken, and in this case, we have no right to state the psychotic nature of the act committed by him.

Summing up this part, which we will conditionally designate as "psychiatric diagnosis as the most probable cause of suicide", we note that this connection is so obvious and linear, in our opinion, only in a minority of the observations available to us, which will be additionally repeatedly demonstrated in the narrative below. Moreover, there is a possibility of omission of the "first rank" diagnoses of suicidal significance from the field of view, followed by the categorical impossibility of establishing the once-existing connection "diagnosis → suicide".

Let us now consider the cases of the presence of an acute psychotic state, during which suicide or its attempt is carried out - the heading "psychiatric diagnosis of the level of psychotic disorder". In our opinion, in this case, at least four options are possible, which traditionally "fit" into the vague concept of this type of suicide. This is a pronounced mental illness, in which mental reactions grossly contradict the real situation, and a painfully altered state of the psyche acts as a direct cause of suicide (not the real, unbearable circumstances of the objective world at the moment, but the vicissitudes of distorted mental activity that we verify). Presumptive criteria: the presence of the psychotic state, during which there is a formally self-inflicted death by the patient or an attempt to do that. That most often arises under the influence of the main psychopathological vendors (experiences that control the patient's behavior, subordinate or modify his volitional activity), or acts as an "interrupter" of painful mental experiences (radical disposal of emerging psychopathological phenomena). Let's consider the proposed options.

The first of them is the unconditional influence of the existing symptoms on the sui-

тиворечат реальной ситуации, и болезненно изменённое состояние психики выступает непосредственной причиной самоубийства (не реальные, невыносимые в данный момент обстоятельства объективного мира, а верифицируемые нами перипетии искажённой психической активности). Предположительные критерии: присутствие психотического состояния, во время которого имеется формально самоосуществлённое причинение пациентом смерти самому себе или попытка такового. Что чаще всего возникает под влиянием основных психопатологических вендоров (переживаний, управляющих поведением пациента, подчиняющих или модифицирующих его волевою активностью), либо выступает в качестве «прерывателя» мучительных психических переживаний (радикальное избавление от появившихся психопатологических феноменов). Рассмотрим предлагаемые варианты.

Первый из них: безусловное влияние имеющейся симптоматики на суицидальное поведение пациента с осознанием им последствий осуществляемых действий. И, по всей видимости, тут существует две разновидности: с присутствием чёткого волевого управляющего компонента и со значительным снижением или извращением такового. Попробуем проиллюстрировать это положение на конкретных примерах.

Наблюдение 5. Д., 37 лет. Диагноз: параноидная шизофрения, непрерывное течение (F20.00). Болен 18 лет, в клинической картине всегда преобладали идеи преследования, физического и психического воздействия, последнее время отмечались идеаторные автоматизмы, связываемые пациентом с «терками со спецслужбами мира». Неоднократно обращался к участковому хирургу с просьбой об удалении «чипов мучения из коры полушарий» или его эвтаназии с целью «прервать цикл обновления Зла». В последнем ухудшении идеи воздействия резко усилились, отмечались императивные галлюцинации, заставляющие его обнажаться для очередных «имплантаций чужой памяти». Покончил с собой, «не вынеся преследования спецслужбами, ощущения воздействия приборами контроля и слежения», о чем сообщил в предсмертной записке: «Я устал, это больше невыносимо, есть только одно решение спасти себя и человечество». Оставил массу исписанных тетрадей, которые просил передать позже, когда за ними явятся «эти». Выраженных депрессивных переживаний ранее никогда не отмечал, перед суицидом, со слов

цидального поведения пациента с его осознанием последствий действий, осуществляемых им. И, по всей видимости, тут существует две разновидности: с присутствием чёткого волевого управляющего компонента и со значительным снижением или извращением такового. Попробуем проиллюстрировать это положение на конкретных примерах.

Observation 5. D., 37 years old. Diagnosis: paranoid schizophrenia, continuous course (F20.00). He is ill for 18 years, the clinical picture has always been dominated by the ideas of persecution, physical and mental effects, recently there have been ideational automatism associated by the patient with "grating with the special services of the world". He repeatedly appealed to the district surgeon with a request to remove "chips of torment from the cerebral cortex" or euthanize him in order to "interrupt the cycle of renewal of the Evil". In the last deterioration, the ideas of exposure increased dramatically, imperative hallucinations were noted, forcing him to expose himself for another "implantation of someone else's memory". He committed suicide, "unable to bear the persecution by the special services, the feeling of exposure to monitoring and tracking devices", as he reported in a suicide note: "I'm tired, it's unbearable anymore, there's only one solution to save myself and humanity". He left a lot of handwritten notes, which he asked to pass on later, when "these" would come for him. He had never been noticed any pronounced negative feelings before and before suicide, according to relatives, he was calm and businesslike, somehow "smiling cunningly".

Suicide in the presented case has the true nature, awareness of the consequences is certainly present, as is the state of exacerbation of the schizophrenic process, the symptoms of which are the catalyst and cause of suicide, serving as an important component of suicidogenesis. A case of psychotic suicide (during a psychotic state), with awareness of the consequences of an independently performed action and the presence of a clear volitional controlling component.

Observation 6. G., 30 years old. Diagnosis: paranoid schizophrenia, episodic with progressive development of the defect (F20.01). The clinical picture was dominated by Kandinsky-Clerambault syndrome with

родственников, был спокоен и деловит, как-то «хитро улыбался».

Суицид в представленном случае носит истинный характер, осознание последствий, вероятно, имеется, как присутствует и состояние обострения шизофренического процесса, симптоматика которого является катализатором и причиной самоубийства, служа важнейшим компонентом суицидогенеза. Случай самоубийства психотического (во время психотического состояния), с осознанием последствий самостоятельно совершаемого действия и присутствием чёткого волевого управляющего компонента.

Наблюдение 6. Г., 30 лет. Диагноз: параноидная шизофрения, эпизодическое с прогрессивным развитием дефекта течение (F20.01). В клинической картине преобладал синдром Кандинского-Клерамбо с регулярными и интенсивными императивными псевдогаллюцинациями слухового характера. «Голоса» навязчиво и неуклонно «советовали, даже приказывали» убить себя. Г. покончил с собой, нацарапав на стене «они меня заставили».

Перед нами случай самоубийства психотического, с весьма вероятным осознанием последствий совершаемого действия, но осуществлённого «под принуждением» и с отсутствием чёткого, самостоятельного волевого компонента (умирать с большой вероятностью не хотел, но не смог больше противостоять императивным галлюцинациям). В подобных случаях нелегко судить о степени присутствия и самостоятельности упомянутой волевой составляющей, как и о возможности руководить своими действиями, несмотря на вполне возможно пугающий и осознаваемый контекст их необратимости (за исключением случаев «облегчающего избавления», как, например, в предыдущем наблюдении). Безусловно, описываемая симптоматика в данном случае максимально встроена в суицидогенез, определяя его динамику и особенности самого суицидального акта. То самое, психотическое доведение до самоубийства.

Следующий пример занимает как бы промежуточное место, когда в результате психотического расстройства волевой компонент пострадавшего не подавляется, но значительно модифицируется или извращается болезненными переживаниями.

Наблюдение 7. Н., 57 лет. Диагноз: тяжёлый депрессивный эпизод с психотическими симптомами, соответствующими настроению (F32.30). Ранее к психиатрам никогда не обращался, состояние

regular and intense imperative pseudohallucinations of an auditory nature. The "voices" obsessively and steadily "advised, even ordered" to kill himself. G. committed suicide by scrawling on the wall "they forced me".

We have a case of psychotic suicide, with a very likely awareness of the consequences of the action being performed, but carried out "under duress" and with the absence of a clear, independent volitional component (he most likely did not want to die, but could no longer resist imperative hallucinations). In such cases, it is not easy to judge the degree of presence and independence of the mentioned volitional component, as well as the ability to direct the actions, despite the quite possibly frightening and conscious context of their irreversibility (with the exception of cases of "facilitating deliverance", as, for example, in the previous observation). Of course, the described symptoms in this case are maximally embedded in suicidogenesis, determining its dynamics and features of the suicidal act itself. That is the psychotic incitement to commit the suicide.

The following example takes an intermediate place, as it were, when, as a result of a mental disorder, the volitional component of the victim is not suppressed, but is significantly modified or distorted by painful experiences.

Observation 7. N., 57 years old. Diagnosis: severe depressive episode with mood-appropriate psychotic symptoms (F32.30). He had never contacted psychiatrists before, the condition arose suddenly: "suddenly I was overwhelmed by longing, everything got confused". He asked for help from the district doctor, a depressive episode of moderate severity was diagnosed, the patient refused hospitalization, "setting himself up for treatment at home, in the family circle". According to his wife, he did not take medications systematically, closed himself off, a week later he began to express ridiculous thoughts about the coming apocalypse, about the imminent and painful death of all living on earth, claimed that he himself had already decomposed inside. He said it was better to kill yourself than to "burn forever in the fire". His wife tried to call an ambulance, but N., having gained access to hunting weapons stored at home, tried to shoot his wife and adult daughter, who managed to run out of

возникло внезапно: «вдруг захлестнула тоска, всё запуталось». Обратился за помощью к участковому, констатирован депрессивный эпизод средней тяжести, от госпитализации пациент отказался, «настроившись на лечение дома, в кругу семьи». Со слов супруги, лекарства систематически не принимал, замкнулся, спустя неделю стал высказывать нелепые мысли о грядущем апокалипсисе, о неминуемой и мучительной гибели всех живущих на земле, утверждал, что сам внутри уже разложился. Говорил, что лучше убить себя самому, чем «гореть вечно в огне». Жена пыталась вызвать «Скорую помощь», однако Н., получив доступ к хранящемуся дома охотничьему оружию пытался застрелиться супругу и взрослую дочь, которые сумели выбежать из дома. Спустя несколько минут Н. застрелился.

Пример больного с тяжёлой меланхолической депрессией, сопровождающейся синдромом Котара. Н. действовал в результате остро, кататимно сформировавшихся бредовых переживаний, пытаясь спасти себя и своих близких. Характер суицида истинный, психотический, с продиктованным преобладающим психопатологическим «рисунком» суицидального поведения, с отчётливым нежеланием жить (попытка расширенного самоубийства), с осознанием конечной цели. Волевой компонент должен оцениваться, скорее, в парабулической плоскости, то есть, активность принадлежит и осознаётся самим Н.: умереть он в данном случае, безусловно, хотел (как и облегчить участь близким, убив их), но подобное поведение осуществлено «через призму» аффективно-бредовой интерпретации происходящего вокруг.

Перейдём ко второму предполагаемому варианту суицидального поведения пациентов, находящихся в психотическом состоянии: с безусловным влиянием имеющейся симптоматики на суицидальное поведение пациента, но без осознания последними последствий осуществляемых действий и отсутствием полноценной волевой составляющей саморазрушающего акта. Это зачастую примеры психотических пациентов, не понимающих ни последствий, ни характера производимого действия, что, на наш взгляд, создаёт определённые методологические и правовые «разночтения» при интерпретации случившегося. Приведём достаточно распространённый в наркологической практике пример.

Наблюдение 8. Б., 30 лет. Диагноз: психические

the house. N. shot himself a few minutes later.

An example of the patient with severe melancholic depression accompanied by Kottar syndrome. N. acted as a result of acutely, catastrophically formed delusional experiences, trying to save himself and his loved ones. The nature of suicide is true, psychotic, dictated by the prevailing psychopathological "pattern" of suicidal behavior, with a distinct unwillingness to live (an attempt at extended suicide), with knowledge of the ultimate goal. The volitional component should be evaluated, rather, in a parabolic plane, that is, the activity belongs to and is realized by N. himself: in this case, he certainly wanted to die (as well as ease the fate of his loved ones by killing them), but such behavior was carried out "through the prism" of an affective-delusional interpretation of what is happening in a circle.

Let's move on to the second proposed variant of suicidal behavior of patients in a psychotic state: with the unconditional influence of the existing symptoms on the suicidal behavior of the patient, but without the latter realizing the consequences of the actions being carried out and the lack of a full-fledged volitional component of the self-destructive act. These are often the examples of psychotic patients who do not understand either the consequences or the nature of the action being performed, which, in our opinion, creates certain methodological and legal "discrepancies" in the interpretation of what happened. Here is an example that is quite common in the drug treatment practice.

Observation 8. B., 30 years old. Diagnosis: mental and behavioral disorders caused by alcohol consumption. Abstinence with delirium (F10.40). B. had been abusing alcoholic beverages for a long time, after the last month of binge drinking, against the background of hard-going abstinence with a pronounced mental component. Alcoholic delirium developed for the first time. The clinical picture was dominated by frightening visual hallucinations, "witches" threatening B. with violence (according to his wife). The nurse called the psychiatric ambulance team, the doctor who arrived diagnosed delirium tremens, but when trying to escort B. to the ambulance, the latter broke free and rushed up the stairs, shouting loudly at those pursuing

и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Абстинентное состояние с делирием (F10.40). Б. длительное время злоупотреблял спиртными напитками, после последнего месячного запоя, на фоне тяжёло переживаемой абстиненции с выраженным психическим компонентом, впервые развился алкогольный делирий. В клинической картине преобладали пугающие зрительные галлюцинации, «колдунчики», угрожающие Б. расправой (со слов жены). Супруга вызвала психиатрическую бригаду «Скорой помощи», прибывший врач диагностировал «белую горячку», но при попытке препроводить Б. в машину «Скорой помощи», последний вырвался и устремился вверх по лестнице, громко крича на преследующих его: «пропадите, дьяволы». Попав на крышу дома, крестясь и причитая: «убью себя, не бывает этому», прыгнул вниз с девятого этажа на глазах фельдшера. В результате падения сломал лишь пяточную кость и ещё с двадцать минут бегал по окрестностям от медиков. Позже смутно и сбивчиво воспроизводил случившееся, утверждая, что этого быть не могло категорически, поскольку он «очень любит жизнь» и ничто его не может заставить её прервать добровольно. «Просто расступок помутился...».

И первый возникающий по этому поводу вопрос: пациент, даже находясь в изменённом состоянии сознания, руководствуясь галлюцинаторно-бредовой фабулой, в той, болезненно трансформированной реальности, совершает именно самоубийство, а не ожидает того, что вырастут крылья или произойдёт какая-то иная магия. И либо это самый, что ни на есть истинный психотический суицид (поскольку лишь именно в том болезненном состоянии он желал свести счёты с жизнью), пусть и не имеющий ни малейшего отношения к критерию добровольности решения в объективно существующей реальности. То есть, именно суицидальные действия в рамках и фабуле психотических переживаний. Или же это несчастный случай, вызванный состоянием психоза. И примером последнего может являться пациент в состоянии онейроидного помрачения сознания, шагнувший за окно, где ему рисовалась лестница в небеса. Но вернёмся к нашему пациенту Б.: как наиболее верно истолковать случившееся с ним? Он страдал психическим расстройством, в имеющемся изменённом состоянии осознавал осуществляемое и истинно желал погибнуть, но все его действия, их причина, побу-

him: "Get lost, devils". Once on the roof of the house, crossing himself and wailing: "I'll kill myself, don't let this happen", he jumped down from the ninth floor in front of the paramedic. As a result of the fall, he broke only the heel bone and ran around the neighborhood from the doctors for another twenty minutes. Later, he vaguely and confusingly reproduced what happened, claiming that this could not have been categorically, because he "loves life very much" and nothing can force him to interrupt it voluntarily. "I just lost my mind...".

And the first question that arises in this regard is: the patient, even being in an altered state of consciousness, guided by a hallucinatory-delusional plot, in that painfully transformed reality, commits suicide, and does not expect wings to grow or some other magic to happen. And either this is the most genuine psychotic suicide (since it was only in that painful state that he wanted to take his own life), even if it has nothing to do with the criterion of voluntary decision in an objectively existing reality. That is, it is the suicidal actions within the framework and plot of psychotic experiences. Or it's an accident caused by a state of the psychosis. And an example of the latter may be a patient in a state of oneiroid confusion, who stepped out of the window, where he pictured a stairway to heaven. But back to our patient B.: what is the most correct interpretation of what happened to him? He suffered from a mental disorder, in the existing altered state he was aware of what was being carried out and truly wanted to die, but all his actions, their causes, motivations, logic were maximally mediated through the existing clinical picture of the disease, having nothing to do with the attitudes of the basic personality. How do you designate this option? Psychotic pseudosuicide (in oneiroid) or is suicide truly psychotic (in our case)? This question will remain unanswered for now.

Let's move on to the third option. The behavior of patients who are in a state of mental disorder or otherwise altered consciousness, similar to suicidal, but, when there is no question at all of a true desire to die, but death still occurs. That is, we will talk about those who died as a result of their own actions, who are aware or not fully aware of their consequences, but voluntary retirement

дательные мотивы, логика максимально опосредовались через имеющуюся клиническую картину заболевания, не имея ничего общего с установками базовой личности. Как же обозначить данный вариант? Психотический псевдосуицид (при онейроиде) или суицид истинно психотический (в нашем случае)? Данный вопрос пока останется без однозначного ответа.

Перейдём к третьему варианту. Поведение пациентов, находящихся в состоянии психотического расстройства или иначе изменённого сознания, сходного с суицидальным, но, когда речи вообще не идёт об истинном желании умереть, а смерть всё же наступает. То есть, речь пойдёт о погибших в результате собственных действий, осознающих или не до конца осознающих их последствия, но добровольный уход из жизни точно не являлся конечной целью подобного поведения, то есть, конкретно суицидальной сути производимых с собой умертвляющих действий никогда не декларировалось. Кстати, даже в случае понимаемого смертельного исхода (нечто дарующего). Разберём данный вариант на конкретных примерах.

Наблюдение 9. К., 48 лет. Диагноз: хроническое бредовое расстройство с религиозной фабулой бреда (F 22.0). К. в последние десять лет внезапно стал очень религиозным, идеи божественного спасения стали носить превалирующую, а периодически определённно сверхценный характер. Это было подмечено и священнослужителем посещаемой К. православной церкви. Заболел К. остро, став высказывать на работе идеи своего божественного происхождения, родства Троице, важной миссии на Земле. Считал себя новым Мессией, посланником Бога, самозабвенно описывая собственное Второе пришествие. До приезда «Скорой» нанёс себе глубокие порезы в области обеих запястий, по его утверждению, стигматы Христа. К. не давал оказать себе помощь, пребывая в экстатическом состоянии, и утверждая «что погибнет, но воскреснет и спасёт, тем самым, всё человечество» и «что его зовёт сам Господь». Скончался при транспортировке в БСМП от массивной потери крови.

Наблюдение 10. М., 51 год. Диагноз: параноидная шизофрения, эпизодическое с прогрессивным развитием дефекта течение, бред аутометаморфозы (F20.01). В течение тридцати лет страдал заболеванием, в последние пару лет в моменты эпизодов обострения болезни стал высказывать

from life was definitely not the ultimate goal of such a behavior, that is, the specific suicidal essence of self-killing actions was never declared. By the way, even in the case of an understood fatal outcome (something giving). Let's analyze this option on specific examples.

Observation 9. K., 48 years old. Diagnosis: chronic delusional disorder with a religious plot of delirium (F 22.0). K. has suddenly become very religious in the last ten years, the ideas of divine salvation have become prevalent, and periodically definitely of a super-valuable nature. This was also noticed by the clergyman of the Orthodox church visited by K. K. got sick acutely, at work he began to express the ideas of his divine origin, kinship to the Trinity, and an important mission on Earth. He considered himself a new Messiah, a messenger of God, selflessly describing his own Second Coming. Before the Ambulance arrived, he inflicted deep cuts on himself in the area of both wrists, according to him, the stigmata of Christ. K. did not allow himself to be helped, being in an ecstatic state, and claiming "that he would perish, but rise again and thereby save all mankind" and "that his The Lord himself is calling". He died from massive blood loss during transportation to the hospital.

Observation 10. M., 51 years old. Diagnosis: paranoid schizophrenia, episodic with progressive development of the defect, delirium of autometamorphosis (F20.01). He suffered from the disease for thirty years. In the last couple of years, at the moments of episodes of exacerbation of the disease, he began to express ideas of his own transformation. He became interested in Indian philosophy, read a lot about the transmigration of souls, and wrote a lot on this subject himself, which was clinically interpreted as typical reasonableness. Before the last admission, he was voluble, claiming that it was his turn to turn into a beautiful flower, interrupting the current life cycle. In the evening, he drank half a liter of poison for Colorado potato beetles to speed up the transformation process, destroying "the body that he no longer needed," as he informed his mother. He died before the doctors arrived.

Observation 11. People, many people of different ages, committing mass suicide. Hop-

идеи собственной трансформации, какого-то перерождения. Увлёкся индийской философией, много читал про переселение души, много сам писал на этот счёт, что клинически было интерпретировано как типичное резонёрство. Перед последним поступлением был многоречив, утверждая, что настал его черёд превратиться в красивый цветок, прервав текущий жизненный цикл. Вечером выпил пол-литра яда для колорадских жуков, чтобы ускорить процесс трансформации, разрушив «ставшее уже не нужным ему тело», о чём сообщил матери. Погиб до приезда врачей.

Наблюдение 11. Люди, много людей разных возрастов, совершающих массовое ритуальное самоубийство. Надеявшихся на новое «Царство Божие» или превращающихся во что-то. По сути, не так и важно, во что именно, главное, сама идея у лиц с: массовым диссоциативным (истерическим) расстройством (F 60.4); с массовым индуцированным расстройством (F24); иными личностными расстройствами, например, зависимым (F60.7) или пограничным (F60.31); с выраженными акцентуациями личности; возможно, у условно психически здоровых лиц, подвергшихся массивной «промывке мозгов». То есть, большинство массовых суицидов (самосожжения старообрядцев, гибель адептов секты «Храм народов»), совершённых «паствой» под руководством авторитарного лидера (нередко, и без него).

Все приведённые примеры суицидов истинные по своему намерению, зафиксированные у лиц, находящихся в психотическом состоянии или находящихся под влиянием идеи, авторитета, эффекта массовой психологии (реактивное психотическое состояние (?), понимающих последствия и формально управляющих своими действиями, выражающих согласие с идеей добровольной гибели, но так или иначе, расценивающих это вовсе не в качестве акта фактической физической гибели (то есть, самоубийства). Во всех случаях речь идёт о положительных или каких-то иных, но очень ожидаемых последствиях действия, внешне, со стороны формально интерпретируемых как акт самоубийства. Возможно, даже и осознаваемого иногда в качестве такового, но не с классической, понимаемой нами таковой целью. Людями, осознающими в целом характер действия, но последнее продиктовано исключительно болезненными переживаниями человека или группы лиц, и направленно «не к смерти, а к спасению».

ing for a new "Kingdom of God" or turning into something. In fact, it is not so important what exactly, the main thing is the idea itself in people with: mass dissociative (hysterical) disorder (F60.4); with mass induced disorder (F24); other personality disorders, for example, dependence (F60.7) or borderline (F60.31); with pronounced accentuations of personality; perhaps in conditionally mentally healthy individuals who have undergone massive brainwashing. That is, the majority of mass suicides (self-immolations of Old Believers, the death of adherents of the Temple of Peoples sect) committed by the "flock" under the leadership of an authoritarian leader (not infrequently, and without him).

All the above examples of suicides are true in their intention, recorded in persons who are in a psychotic state or who are under the influence of an idea, authority, the effect of mass psychology (reactive psychotic state (?)), who understand the consequences and formally control their actions, expressing agreement with the idea of voluntary death, but one way or another who regard this not at all as an act of actual physical death (that is, suicide). We are talking about positive or some other in all cases, but very expected consequences of an action, externally, from the outside, formally interpreted as an act of suicide. Perhaps it is even realized sometimes as such, but not with the classical purpose that we understand as such. People who are aware of the nature of the action as a whole, but the latter is dictated exclusively by the painful experiences of a person or group of persons, and is directed "not to death, but to salvation".

Let's move on to the fourth and final version of "psychotic suicide". Namely, to consciously get rid of experiences dictated or created by a mental disorder from, let's name it a conditionally "healthy subpersonality". In this case, the clinical picture of the disease and suicidal behavior develop in parallel. It is not possible to say that "mental illness has nothing to do with it", as well as the psychotic state itself, but, nevertheless, the relationship to what is happening or fatigue from the existing disorder is more important. Let's illustrate this situation with the following example.

Observation 12. J., 34 years old. Diagnosis: paranoid schizophrenia, continuous

Перейдём к четвёртому, заключительному варианту «психотического самоубийства». А именно, осознанному избавлению от переживаний, продиктованных или созданных психическим расстройством из, скажем так, условно «здоровой субличности». В данном случае, клиническая картина заболевания и суицидальное поведение развиваются параллельно. Невозможно утверждать, что «психическая болезнь совсем не причём», как и само психотическое состояние, но, тем не менее, большее значение имеет отношение к происходящему или усталость от имеющегося расстройства. Проиллюстрируем данную ситуацию следующим примером.

Наблюдение 12. Ж., 34 лет. Диагноз: паранойдная шизофрения, непрерывное течение (F20.00). Пациент болен с 20 лет, в клинической картине болезни преобладала брегово-галлюциаторная симптоматика, последние пять лет присутствуют «голоса» императивного характера, неоднократно призывающие Ж. осуществить самоубийство. Долгое время Ж. удавалось сопротивляться им самостоятельно, либо их интенсивность уменьшалась под действием назначаемых медикаментов и проводимой психотерапии. В момент последнего ухудшения состояния и вновь появившихся «команд» убить себя несколько суток держался, а затем всё же покончил с собой. Но не под прямым и непосредственным воздействием галлюцинаций (как это было описано в наблюдении б), поскольку в записке, предназначенной (!) своему участковому психиатру, написал, что больше нет сил жить со своим заболеванием, а голоса «он послал к чёрту».

Истинность суицидальных намерений в данном случае не оставляет сомнений, как и понимание пациентом сути производимых над собой действий. Не вызывает сомнения и присутствие психиатрического диагноза в виде обострения шизофренического процесса (то есть, на лицо психоз в классической интерпретации состояния). Суицид, вероятно, записан в рубрику тех самых, психотических, однако, на наш взгляд, таковым он не является и его можно в данном случае обозначить, как *парапсихотический*. Думается, что таких вариантов в практике встречается не так уж и мало, то есть, серьёзное психическое расстройство у пациента имеется, есть и симптомы, способные «оправдать» суицидальный акт, но они ли выступили в качестве основной, толкающей на поступок причины? Опять же, безусловно, что полностью снимать их со счёта суи-

course (F20.00). The patient has been ill since the age of 20, delusional hallucinatory symptoms have prevailed in the clinical picture of the disease, for the last five years there have been "voices" of an imperative nature, repeatedly calling on J. to commit suicide. It was possible to resist them on his own for a long time, or their intensity decreased under the influence of prescribed medications and ongoing psychotherapy. During the last deterioration of his condition and the newly appeared "commands" to kill himself, he held on for several days, and then nevertheless committed suicide. But not under the direct and immediate influence of hallucinations (as described in observation 6), because in the note intended (!). He wrote to his district psychiatrist that he no longer had the strength to live with his disease, and "he sent the voices to hell".

The truth of suicidal intentions in this case leaves no doubt, as does the patient's understanding of the essence of the actions performed on himself. There is no doubt about the presence of a psychiatric diagnosis in the form of an exacerbation of the schizophrenic process (that is, psychosis in the classical interpretation of the condition). Suicide is probably recorded in the vocabulary of those very psychotic ones, however, in our opinion, it is not such and, in this case, it can be designated as parapsychotic. It seems that there are not so few such options in practice, that is, the patient has a serious mental disorder, there are also symptoms that can "justify" a suicidal act, but did they act as the main reason for the act? Again, of course, it is completely unjustified to fully remove them from the account of suicidogenesis, and, nevertheless, this option from an academic point of view seems to us to be an independent phenomenon.

We will give another illustration that does not quite fit into the proposed scheme at the end of this section. An example of a vivid primary affective reaction in, again, a primary psychotic patient.

Observation 13. I., 45 years old. Diagnosis: paranoid schizophrenia, continuous course, exacerbation (F20.00). Has been ill for the last twenty years. He has not noted suicidal tendencies before. Against the background of the main, mainly hallucinatory-delusional symptoms of a perceptual nature,

цидогенеза совершенно неоправданно, и, тем не менее, данный вариант с академических позиций представляется нам самостоятельным явлением.

В завершении данного раздела приведём ещё одну иллюстрацию, не совсем вписывающуюся в предлагаемую схему, являющую собой пример яркой первично аффективной реакции, у, опять же, первично психотического пациента.

Наблюдение 13. И., 45 лет. Диагноз: параноидная шизофрения, непрерывное течение, обострение (F20.00). Болеет в течении последних двадцати лет. Ранее суицидальных устремлений не отмечал. На фоне основной, преимущественно галлюциаторно-бредовой симптоматики персекуторного характера, всегда присутствовали правдоискательство и активная общественная жизненная позиция, направленная на защиту прав душевнобольных. Участвовал во множестве мероприятий, посвящённых данным вопросам. В момент последнего отчётливо бредового обострения, на просьбу «помочь чем-то» от врача негосударственного многопрофильного медицинского центра получил «отповедь»: «Ну, что же вы хотите, вы же шизофреник». Очень переживал, писал в форумы поддержки, развернул активную кампанию в социальных сетях и, спустя два дня после данного события, покончил с собой: поджог себя, предварительно облившись бензином. В руках держал самодельный плакат с надписью: «Я не шизофреник, я больной человек».

Таким образом, перед нами пример самоожжения для привлечения внимания к проблеме человеком, в данный момент формально находящимся в психотическом состоянии. Но позволительно ли в данном случае говорить о суициде психотическом? Вероятнее всего, речь идёт о реакции на крайне субъективно невыносимую ситуацию.

Таким образом, в психотическом состоянии возможны следующие варианты лишения себя жизни:

1) с безусловным влиянием психотической симптоматики и с осознанием последствий осуществляемых действий – «индуцированный психотическим состоянием суицид»;

2) с безусловным влиянием, но без осознания последствий – «истинный психотический суицид» или «психотический псевдосуицид»;

3) с безусловным влиянием, но отсутствием истинного желания именно умереть – «трансфармационный психотический суицид»;

truth-seeking and an active social life position aimed at protecting the rights of the mentally ill have always been present. He participated in many events dedicated to these issues. During the last clearly delusional exacerbation, when asked to "help with something" from the head of a non-governmental multidisciplinary medical center, he received a "re-buke": "Well, what do you want, you're a schizophrenic". He was very worried, wrote to support forums, launched an active campaign on social networks and, two days after this event, committed suicide: setting himself on fire, having previously doused himself with gasoline. In his hands he held a homemade poster with the inscription: "I'm not schizophrenic, I'm a sick person".

Thus, we have an example of self-immolation to draw attention to a problem by a person who is currently formally in a psychotic state. But is it permissible in this case to talk about psychotic suicide? Most likely, we are talking about a reaction to an extremely subjectively unbearable situation.

Thus, in a psychotic state, the following options are possible for depriving oneself of life:

1) with the unconditional influence of psychotic symptoms and with awareness of the consequences of the actions being carried out – "suicide induced by a psychotic state";

2) with unconditional influence, but without awareness of the consequences – "true psychotic suicide" or "psychotic pseudo-suicide";

3) with unconditional influence, but without a true desire to die – "transformational psychotic suicide";

4) conscious escape through suicide from the experiences created by a mental disorder – "parapsychotic suicide".

Let's now talk about the variants of affective shock reactions, probably widely presented in suicide victims [1, 13, 14], we will designate this part as "the probable consequence of a reaction to a stressful situation". Here we move into the zone in a significant number of cases of diagnoses of presumptive and probable conditions. Let's explain why it is assumed. The thing is that in such cases (of course, not always) a possible mental disorder develops acutely, and the probability of its diagnosis "in a moment" is minimal, because witness statements, notes, files from video

4) осознанное избавление посредством суицида от переживаний, созданных психическим расстройством – «парапсихотический суицид».

Поговорим теперь о вариантах аффективно-шоковых реакций, вероятно, широко представленных у покончивших с собой [1, 13, 14], обозначим эту часть, как «вероятное последствие реакции на стрессовую ситуацию». Здесь мы переходим в зону в значительном числе случаев диагнозов предположительных и вероятных состояний. Поясним, почему именно предположительных. Всё дело в том, что в подобных случаях (безусловно, не всегда) возможное психическое расстройство развивается остро, и вероятность его диагностики «в моменте» минимальна, ибо свидетельские показания, записки, файлы с видеокамер (даже в случае видеофиксации самого себя в этот момент) при наступившей гибели человека в большинстве случаев лишь позволяют нам высказывать только вероятностные суждения. Как, впрочем, в множестве подобных ситуаций, даже при демонстрации будущим суицидентом признаков заметного расстройства адаптации и неких пороговых аффективных нарушений, длящихся, кстати, многие дни и даже недели («говорящих намеков»), подобные состояния всё равно остаются вне поля зрения психиатрической службы. Безусловно, многое меняется в случае суицида незавершенного, когда непосредственное общение и обследование человека в пост-суицидальном периоде дают основания для установления диагноза из группы сейчас нами рассматриваемой.

Следующие иллюстрации, вероятно, укладываются именно в версию острой реакции на стресс с или без шквалообразно развивающейся гипотимии.

Наблюдение 14. С., 42 года. Диагноз: реакция на острый стресс (F 43.0). С момента окончания института С. всё время работал на одном и том же предприятии, был на хорошем счету. За день до самоубийства был уволен по причине павших на него подозрений в передаче деталей проекта, которым он руководил, конкурирующему заводу. По показаниям сослуживцев был вне себя от обиды и проявленной в его отношении несправедливости. Стал суетлив, пытался «прорваться к директору». Охраной был выдворен за пределы предприятия. Дома вёл себя «неправильно», жена настояла на обращении к психотерапевту. Был осмотрен специалистом, который поставил диагноз «острая реакция на стресс», рекомендовано стационарное

cameras (even in the case of video recording of oneself at this moment) with the death of a person. They only allow us to make probabilistic judgments in most cases. As, however, in many similar situations, even when future suicides demonstrate signs of a noticeable adaptation disorder and certain threshold affective disorders, which, by the way, last for many days and even weeks ("talking hints"), such conditions still remain outside the field of view of the psychiatric service. Of course, a lot is done in the case of incomplete suicide, when direct communication and examination of a person in the post-suicidal period provide grounds for establishing a diagnosis from the group we are currently considering.

The following illustrations probably fit exactly into the version of an acute stress reaction with or without a flurry of developing hypothyria.

Observation 14. S., 42 years old. Diagnosis: reaction to acute stress (F 43.0). He worked at the same company all the time since graduating from the university, was on a good account. The day before his suicide, he was fired due to suspicions that he had transferred details of the project he was leading to a competing plant. According to the testimony of his colleagues, he was beside himself with resentment and injustice shown against him. He became fussy, tried to "break through to the director". He was expelled from the enterprise by the guards. He behaved "incorrectly" at home; his wife insisted on contacting the psychotherapist. He was examined by a specialist who diagnosed an acute stress reaction, hospital treatment was recommended, he did not actively express suicidal thoughts at the time of treatment. S. promised to be in the hospital in the morning: "I will survive the day; I will wash up and pack my stuff". In the evening, after a telephone quarrel with the deputy director of the plant, he locked himself in the bathroom and hanged himself. He did not leave a suicide note, however, over the phone, he told his interlocutor that "now it's better to strangle himself".

We have a rather exclusive option in front of us, when the appropriate diagnosis is made in vivo. Thus, we have suicide in a person experiencing an acute reaction to stress (that is, formally, having a diagnosis), suicide is of a true nature, with a very likely awareness of the result and consequences of the

лечение, суицидальных мыслей на момент обращения активно не высказывал. С. пообещал быть в больнице утром: «переживу день, помоюсь и вещи соберу». Вечером, после телефонной ссоры с заместителем директора завода, заперся в ванной и повесился. Предсмертной записки не оставил, однако, по телефону перед этим собеседнику заявил, что «теперь лучше удавится».

Перед нами достаточно эксклюзивный вариант, когда соответствующий диагноз поставлен прижизненно. Мы, таким образом, имеем суицид у человека, переживающего острую реакцию на стресс (то есть, формально, диагнозом обладающего), самоубийство носит истинный характер, с весьма вероятным осознанием результата и последствий осуществляемых действий.

Следующий пример из разряда «психиатрической аутопсии» причин и последствий, с большой долей вероятности (считаем, что уместна уже только подобная формулировка) позволяющей диагностировать имеющееся нарушение.

Наблюдение 15. Л., 17 лет. Диагноз не установлен. Милая, красивая и общительная девушка. Ранее признаков психической патологии не обнаруживала, «даже к психологам никогда не обращались». Положительно характеризовалась учителями и одноклассниками. Последний год Л. встречалась с молодым человеком, студентом ВУЗа. За несколько минут до происшествия тот без особых объяснений бросил её, написав сообщение в мессенджер с соответствующим текстом. Девушка в слезах, ничего не объясняя, выбежала с середины урока, догнать её не получилось. Учительница назидательно сказала классу: «Сейчас успокоится и вернётся, с кем не бывает». Через полчаса её обнаружили повесившейся на спортивной площадке, оставила длинную предсмертную записку, которую отправила молодому человеку на электронную почту.

Приведённый случай, к сожалению, не является редким явлением в суицидологической практике: подобные реактивные самоубийства, совершённые по типу «стимул – моментальная реакция» встречаются достаточно часто, сопровождаясь острой безысходностью и резким сужением «ментального ассортимента». Когда определённо сложно рассуждать о необратимости и ненужности производимого действия человеку, находящемуся под влиянием суицидогенного импульса. Тем не менее, мы имеем истинный суицид у человека, вероятно, испыты-

actions carried out.

The following example is from the category of "psychiatric autopsy" of causes and consequences, with a high degree of probability (we believe that only such a formulation is appropriate), which makes it possible to diagnose the existing disorder.

Observation 15. L., 17 years old. The diagnosis has not been established. A sweet, beautiful and sociable girl. Previously, she had not found signs of mental pathology, "even psychologists have never been contacted". She was positively characterized by teachers and classmates. For the last year, L. has been dating a young man, the university student. A few minutes before the incident, he left her without much explanation, writing a message to the messenger with the corresponding text. The girl in tears, without explaining anything, ran out from the middle of the lesson, it did not work out to catch up with her. The teacher didactically told the class: "Now she will calm down and come back, with whom this does not happen". She was found hanging on the playground half an hour later. She left a long suicide note, which she sent to the young man by e-mail.

Unfortunately, this case is not a rare phenomenon in suicidological practice: such reactive suicides committed according to the type of "stimulus – instant reaction" are quite common, accompanied by acute despair and a sharp narrowing of the "mental assortment". When it is definitely difficult to talk about the irreversibility and uselessness of the action performed by a person who is under the influence of a suicidal impulse. Nevertheless, we have a true suicide in a person who is probably experiencing an acute reaction to stress, with awareness of the consequences of his actions. However, let's remember about the note left, which the girl wrote almost all the time from the moment she left the classroom. This is almost an entire A4 sheet of paper, in which she accused the man who abandoned her of his unwillingness to live and alleged suicide, of that "shock and the mentally understood meaninglessness of her existence". A question for readers: in what state of mind is a person able to write such a thing, is the diagnosis "reaction to acute stress (F 43.0)" appropriate in this case? Are we observing some kind of lacuna in the condition, or is this behavior a natural part of such a disorder?

вающего острую реакцию на стресс, с осознанием последствий своих действий. Однако, давайте вспомним про оставленную записку, которую девушка писала почти всё время с момента покидания классной комнаты. Это почти целый лист А4, в котором она обвиняла бросившего её в своём нежелании жить и предполагаемом суициде, в том «шоке и моментально понятой бессмысленности её существования». Вопрос для читателей: в каком душевном состоянии человек способен написать подобное, уместен ли в данном случае диагноз «реакция на острый стресс (F 43.0)»? Мы наблюдаем некую лагуну в состоянии, или же подобное поведение является закономерной частью подобного расстройства? Не станем забывать и о специфическом действии написания предсмертных записок: кого-то этот элемент отрезвляет, позволяя иначе взглянуть на доселе весомейшие причины, но в нашем конкретном случае, вполне возможно, мы наблюдаем абсолютно противоположный эффект накручивания и ещё большей катастрофизации случившегося. Кстати, сам текст записки, скорее, не помогает с диагностикой, но хотя бы позволяет исключить версию «исключительного состояния». Так же вероятными диагнозами в приведённом случае могли быть и депрессивный эпизод, и диссоциативное состояние, и экзальтация психотического расстройства, и патохарактерологическая реакция (к последней позиции мы ещё вернемся). При предположении же исключительного состояния и выраженных диссоциациях подобный случай мог бы быть отнесён в раздел уже психотического самоубийства. Резюмируя, мы лишь можем констатировать сложности подобной предположительной диагностики, что нам лишний раз продемонстрирует следующее наблюдение.

Наблюдение 16. П., 34 года. Диагноз не установлен, ранее к психиатру не обращался. П. на кухне своей квартиры, вытаскивая после охоты из чехла ружьё для чистки, случайно произвел выстрел, находящаяся в этот момент рядом жена от полученной раны скончалась на месте, через несколько секунд соседи услышали второй выстрел, П. покончил с собой. Записки не оставил.

Перед нами достаточно «прозрачный» постгомицидный суицид [15]. И вот здесь мы вступаем на зыбкую почву догадок, с одной стороны, всё кажется понятным. Остро развившаяся безысходность на фоне вины и угрызений совести, вызванные гибелью близкого человека. Здесь и острая ре-

der? Let's not forget about the specific effect of writing suicide notes: for some, this element is sobering, allowing a different look at the hitherto weighty reasons, but in our particular case, it is quite possible that we are witnessing an absolutely opposite effect of twisting and even more catastrophizing what happened. By the way, the text of the note itself, rather, does not help with diagnosis, but at least allows us to exclude the version of the "exceptional condition". Similarly, the most likely diagnoses in the above case could be a depressive episode, a dissociative state, an examination of a psychotic disorder, and a pathoharacterological reaction (we will return to the latter position later). With the assumption of an exceptional condition and pronounced dissociations, such a case could be classified as a psychotic suicide. In summary, we can only state the difficulties of such an assumed diagnosis, which the following observation will once again demonstrate to us.

Observation 16. P., 34 years old. The diagnosis was not established, he had not previously contacted a psychiatrist. In the kitchen of his apartment, pulling a cleaning gun out of the case after hunting, P. accidentally fired a shot, his wife, who was at that moment nearby, died on the spot from the wound. The neighbors heard a second shot after a few seconds, P. committed suicide. He didn't leave a note.

We have a fairly "transparent" post-homicidal suicide [15]. And here we enter the shaky ground of guesswork. On the one hand, everything seems clear. Acute despair against the background of guilt and remorse caused by the death of a loved one. There is also an acute reaction to stress, exceptional conditions ("short circuit reaction"), reactive depression and many other things that fall into the known diagnostic categories. But, with no less probability, this may also be a reaction of avoiding, for example, criminal liability, or -rational and cold self-punishment, fear of explanations with children, etc. And there are quite a lot of similar examples in practice: murder out of jealousy and subsequent suicide, many other offenses that are not related to the death of other persons, but unbearable for the person who committed suicide. By the way, "rational" honor suicides, widespread in the 18th and 19th centuries, come to mind in this regard (played around, couldn't pay off

акция на стресс, исключительные состояния («реакция короткого замыкания»), реактивная депрессия и много чего ещё, попадающего в известные нам диагностические рубрики. Но, с меньшей вероятностью, это может быть и реакцией избегания, к примеру, уголовной ответственности, или – рассудочное и холодное самонаказание, страх объяснения с детьми и т.д. И подобных примеров в практике достаточно много: убийство из ревности и последующее самоубийство, множество иных проступков, не связанных с гибелью других лиц, но невыносимых для покончившего с собой. Кстати, на ум в данной связи приходят «рассудочные» суициды чести, широко распространённые в XVIII–XIX вв. (проигрался, не смог отдать долг – покончил с собой; нанес / нанесли смертельное обиду / оскорбление – покончил с собой) и, вероятно, в большинстве случаев случившиеся в состоянии «без диагноза».

Для понимания сложности постмортальной диагностики разберём несколько случаев «сомнительного характера» в отношении присутствия или отсутствия острой реакции на стресс, развившейся депрессии, расстройства адаптации / ПТСР или исключительного состояния. Во всех приведённых примерах острая психотравма (или таковая хронического характера) имеется, также почти несомненно имеется реакция индивида на указанный фактор, но достигали ли имеющиеся проявления учитываемого для диагностики уровня? То есть, те самые варианты, когда пресуицидальное состояние то ли укладывается в диагноз, то ли нет.

Наблюдение 17. В., 20 лет. Диагноз не установлен, ранее к психиатру не обращалась. Девушка с сельского района области, районным терапевтом была направлена в город для уточнения диагноза заболевания желудочно-кишечного тракта. После проведённой гастроскопии «врач наговорил страшных и непонятных терминов»: метаплазия, эрозии, ГЭРБ. Вернувшись домой, поужинала с матерью, мило поговорила, не демонстрируя никаких эмоциональных перепадов, затем удалилась к себе в комнату, написала три строчки извинений на бланке эндоскопического исследования, что «не хочет быть обузой, медленно умирая», после чего повесилась.

Что имеется в данном случае: реакция на психотравму (она присутствует), не достигающая уровня острой реакции на стресс, либо та самая аффективно-шоковая реакция, но не выходящая за

the debt – committed suicide; inflicted / inflicted a mortal insult / insult – committed suicide) and, probably, in most cases, occurred in a state "without diagnosis".

We will analyze several cases of a "dubious nature" in relation to the presence or absence of an acute stress reaction, developed depression, adaptation disorder / PTSD or exceptional condition to understand the complexity of postmortem diagnosis. Acute psych trauma (or that of a chronic character) is present in all of these examples, and there is almost certainly an individual's reaction to this factor, but have the existing manifestations reached the level taken into account for diagnosis? That is, those are the very options when the presuicidal condition either fits into the diagnosis, or not.

Observation 17. V., 20 years old. The diagnosis has not been established; she has not previously contacted a psychiatrist. A girl from a rural area of the region, a district therapist, was sent to the city to clarify the diagnosis of a gastrointestinal tract disease. After the performed gastroscopy, "the doctor uttered terrible and incomprehensible terms": metaplasia, erosion, gastroesophageal reflux disease. When she returned home, she had dinner with her mother, had a nice conversation without showing any emotional changes, then retired to her room, wrote three lines of apologies on the endoscopic examination form that "she did not want to be a burden, slowly dying" and then hanged herself.

What is there in this case: a reaction to psych trauma (it is present) that does not reach the level of an acute stress reaction, or the same affective shock reaction, but does not go beyond the individual's personality? Suicide of a mentally healthy person with existing cognitive distortions? But if there had been no psych trauma, then there would have been no death of the girl? At least for now, because it is very likely that we have personality traits that are very conducive to suicidogenesis (the notorious low vitality?).

Observation 18. L., 13 years old. The diagnosis has not been established; he has not contacted a psychiatrist before. After a school quarrel, he ran away to the school yard, threatening classmates with self-murder. Half an hour later he returned, after which they began to mock him and ask: "Well, what are you... weak?". He was found hanging from

пределы личности индивида? Суицид психически здорового человека с имеющимися когнитивными искажениями? Но не будь психотравмы, то и не было бы гибели девушки? По меньшей мере, пока, поскольку, очень вероятно, мы имеем весьма способствующие суицидогенезу личностные особенности (пресловутую невысокую жизнестойкость?).

Наблюдение 18. Л., 13 лет. Диагноз не установлен, ранее к психиатру не обращался. После школьной ссоры убежал на школьный двор, угрожая одноклассникам самоубийством. Через полчаса вернулся, после чего над ним начали надсмехаться и интересоваться: «Ну что же ты... слабо?». На следующей перемене был обнаружен повесившимся на школьной оgrade. Написал записку, суть которой сводилась, что все, кто не верил, ошиблись на его счёт.

Глупость, горделивость или упрямство? Доведение до самоубийства человека зависимого и ведомого (с сформировавшимся личностным расстройством или без)? Психически здоровый ребёнок, загнанный в рамки вынужденного решения? Или какой-то серьёзный психиатрический диагноз пропущен родителями и школой? Больше вопросов, чем ответов.

Наблюдение 19. М., 47 лет. Диагноз не установлен, ранее к психиатру не обращался. Житель сельского района, накануне поругавшийся с соседом, ночью повесился у того на крыльце. Алкоголь в крови не обнаружен, со слов супруги всегда был злопамятен и мстителен. Вечером накануне суицида «вёл себя обычным образом», о ссоре не упоминал, вместе легли спать, утром на столе лежала записка, написанная ровным почерком: «Пусть он всю жизнь мучается...».

Мы опустим в данном случае этнически-традиционалистские особенности суицида (а в данном случае они имели место), но и сам факт серьёзной ссоры, нанесённой соседом обиды могут оцениваться как стартовые, стрессовые факторы, либо запустившие каскад острой реакции на стресс у, как минимум, акцентуированной личности, либо имело место упрямое следование «традициям» места у опять же акцентуированного, но остающегося в пределах психической нормы индивида.

Наблюдение 20. Ж., 7 лет. Диагноз не установлен, ранее к психиатру не обращался. За два часа до трагедии Ж. наказали родители, после чего тот долго не мог прийти в себя, рыдая навзрыд и причитая: «Я вам не нужен, зачем меня родили». Был с

the school fence at the next break. He wrote a note, the essence of which was that everyone who did not believe was mistaken about him.

Stupidity, arrogance or stubbornness? Incitement a dependent and slave person to suicide (with or without a developing personality disorder)? A mentally healthy child, driven into the framework of a forced decision? Or there is some serious psychiatric diagnosis missed by parents and school? There are more questions than answers.

Observation 19. M., 47 years old. The diagnosis has not been established; he has not contacted a psychiatrist before. A resident of a rural area, who had a fight with a neighbor the day before, hanged himself on his porch at night. Alcohol was not detected in the blood. According to his wife, he was always vindictive. On the evening before the suicide, he "behaved in the usual way", did not mention the quarrel, went to bed instead, in the morning there was a note on the table written in an even handwriting: "Let him suffer all his life ...".

In this case, we will omit the ethnically traditionalist features of suicide (and in this case they took place), but the very fact of a serious quarrel caused by a neighbor can be regarded as starting, stressful factor that either triggered a cascade of acute stress reactions in at least an accentuated personality, or there was a stubborn adherence to revenge "traditions" in again an accentuated person, but remaining within the mental norm of the individual.

Observation 20. Zh., 7 years old. The diagnosis has not been established; he has not contacted a psychiatrist before. His parents punished him two hours before the tragedy, after which he could not come to his senses for a long time, sobbing and wailing: "You don't need me, why I was born". He was locked in his room for "educational purposes", where the screams soon calmed down. He was found in the closet of his room, where he died of asphyxia with tights wrapped around his neck.

The result of an acute stress reaction in a mentally healthy child (the formulation of a colleague, a child psychiatrist who evaluated this case). But we also remember that acute stress response (F 43.0) is a diagnostic heading, implying at the moment of its presence, at least, the absence of the mentioned mental

«воспитательной целью» заперт в своей комнате, где скоро крики затихли. Был обнаружен в шкафу своей комнаты, где погиб от асфиксии колготами, намотанными на шею.

Результат острой реакции на стресс у психически здорового ребёнка (формулировка коллеги, детского психиатра, оценившего данный случай). Но мы же помним, что острая реакция на стресс (F 43.0) – это диагностическая рубрика, подразумевающая в момент её констатации, как минимум, отсутствие упомянутого психического здоровья. Либо перед нами вариант психического здоровья у ребёнка, по недопониманию последствий пытающегося таким образом всего лишь покарать родителей. Или имели место фантазии о собственной смерти и вернувшейся в её результате любви родителей, но произошла фатальная ошибка. Этого мы уже не узнаем.

Теперь коротко рассмотрим несколько вариантов «суицидент скорее психически здоров, либо имеющийся психиатрический диагноз не имеет ни малейшего отношения к случившемуся». Такие случаи встречаются, когда даже самый яростный сторонник подхода суицид = психическое нездоровье расписывается в невозможности натянуть мало-мальски удобный суицидогонный диагноз.

Наблюдение 21. М., 44 года. Диагноз не установлен, ранее к психиатру не обращалась. Три года назад узнала, что больна раком с отдалёнными метастазами, перенесла три операции, неоднократные курсы химио- и лучевой терапии. В самом начале терапии у М. отмечалось отчётливое снижение настроения, однако, несколько месяцев спустя, она, приняв случившееся, заняла достаточно конструктивную и активную позицию в отношении лечения и собственного будущего. За два месяца до самоубийства процесс стал неконтролируемым, была переведена на паллиативную медикаментозную и психологическую поддержку, «держалась и боролась». Последнюю неделю боли усилились, психологу сказала, что с удовольствием бы предпочла бы эвтаназию, поскольку лечащий врач в последние отведённые ей месяцы или недели жизни «не обещал ничего хорошего». Приняв решение уйти из жизни, записала длинное голосовое сообщение мужу о том, что не станет дожидаться мучительной смерти, попросила прощения у всех родственников, убедительно настаивая не отвечать её, «она всё понимает». Помылась, оделась в чистое и покончила собой. Психолог не отмечала выражен-

health. Or we are faced with the option of mental health in a child who, due to a misunderstanding of the consequences, is trying to punish the parents in this way. Or there were fantasies about his own death and the love of his parents returning as a result, but a fatal mistake occurred. We won't know that anymore.

Now let's briefly consider several options: "the suicidal person is more likely mentally healthy, or the existing psychiatric diagnosis has nothing to do with what happened". Such cases occur when even the most ardent proponent of the suicide = mental illness approach signs off on the impossibility of pulling a more or less convenient suicidal diagnosis.

Observation 21. M., 44 years old. The diagnosis has not been established; she has not previously contacted a psychiatrist. She learned that she had cancer with distant metastases three years ago, underwent three surgeries, and repeated courses of chemotherapy and radiation therapy. At the very beginning of therapy, M. had a distinct decrease in mood, however, a few months later, having accepted what had happened, she took a rather constructive and active position in relation to treatment and her own future. Two months before the suicide, the process became uncontrollable, she was transferred to palliative medication and psychological support, "held on and fought". The pain intensified in the last week, the psychologist was told that she would gladly prefer euthanasia, since the attending physician in the last months or weeks of her life "did not promise anything good". Having made the decision to pass away, she recorded a long voice message to her husband that she would not wait for a painful death, asked for forgiveness from all relatives, convincingly insisting not to bury her, "she understands everything". She washed up, dressed in clean clothes and committed the suicide. The psychologist did not notice any pronounced emotional fluctuations at their last meeting (two days before the suicide).

Thus, the data and circumstances at our disposal suggest the absence of mental pathology at the time of M.'s death. Again, the statement cannot be unambiguous, but nevertheless, there are more indications in this favor.

ных эмоциональных колебаний на их последней встрече (за два дня до суицида).

Таким образом, имеющиеся в нашем распоряжении данные и обстоятельства позволяют предположить отсутствие психической патологии на момент гибели М. Опять же, утверждение не может носить однозначного характера, но тем не менее, больше указаний в данную пользу.

Следующее наблюдение альтруистического самоубийства предположительно психически здорового человека также не безукоризненно с точки зрения возможного присутствия аффективно-шокового компонента.

Наблюдение 22 (записано со слов коллеги). П., 35 лет. Диагноз не установлен, ранее к психиатру не обращалась. В зоне вооружённого конфликта с близнецами полутора лет была засыпана в подвале собственного дома. Когда стало трудно дышать, убила себя, чтобы «дать хоть какой-то шанс детям», о чём написала в неотправленном СМС. Детей спустя двое суток спасли (воздух на самом деле в подвал проникал).

Подобных примеров альтруистических [3] или вынужденных самоубийств множество (разведчик, разгрызающий ампулу с ядом при разоблачении; военнослужащий, убивающий себя из-за страха больше не вынести истязаний и выдать военную тайну; самоубийство, дабы не опозорить родственников, отвести подозрения), но все они остаются «на грани» между здоровьем и уже не совсем? Ситуация того самого пресловутого условного здоровья. Следующий пример примечателен особенностями пресуицидального поведения (рассудочность, спокойствие, завершение безотлагательных дел), что, несмотря на присутствие мощного психотравмирующего фактора, не позволяет обнаружить поведенческих проявлений острой реакции на стресс, либо иной психической патологии.

Наблюдение 23. Г., 57 лет. Диагноз не установлен, ранее регулярно осматривался ведомственным психиатром в момент регулярных диспансеризаций. Высокопоставленный чиновник, уличён в серьёзных служебных злоупотреблениях. В перспективе грозило тюремное заключение на длительный срок. Позвонил из дома супруге, сказав, что она обязана понять и простить, после чего отключил телефон. Написал короткие письма с советами сыновьям и короткое, рукописное завещание. В электронной почте отправил своему заместителю описание служебных дел, требующих особенного

The following observation of altruistic suicide of a supposedly mentally healthy person is also not perfect from the point of view of the possible presence of an affective shock component.

Observation 22 (recorded from the words of a colleague). P., 35 years old. The diagnosis has not been established; she has not previously contacted a psychiatrist. She was buried in the basement of her own house in the zone of armed conflict with the 1,5 years old twins. When it became difficult to breathe, she killed herself to "give at least some chance to the children," as she wrote in an unsent SMS. Children were rescued two days later (the air actually penetrated into the basement).

There are many similar examples of altruistic [3] or forced suicides (a scout gnawing an ampoule with poison when exposed; a soldier killing himself out of fear of no longer enduring torture and giving away military secrets; suicide, so as not to disgrace relatives, to deflect suspicion), but they all remain "on the verge" between health and already not really? The situation of that notorious conditional health. The following example is notable for the peculiarities of presuicidal behavior (calmness, completion of urgent cases), which, despite the presence of a powerful traumatic factor, does not allow us to detect behavioral manifestations of an acute reaction to stress or other mental pathology.

Observation 23. G., 57 years old. The diagnosis has not been established, previously he was regularly examined by a government psychiatrist at the time of regular medical examinations. A high-ranking official, convicted of serious official abuses. He was threatened with imprisonment for a long time in the future. He called his wife from home, saying that she was obliged to understand and forgive, and then turned off the phone. He wrote short letters of advice to his sons and a short, handwritten will. He sent a description of official matters that require special attention and control to deputy in the e-mail. He wrote on a napkin with a marker: "I can't live like this anyway". He shot himself with a service weapon.

Is the deceased mentally healthy or is he is still ill? The question is for the professional community already.

внимания и контроля. На салфетке написал маркером: «Все равно так жить не смогу». Застрелился из табельного оружия.

Так здоров психически погибший или всё же болен? Вопрос уже к профессиональному сообществу.

Последние два примера данной части из рубрики «имеющийся психиатрический диагноз не имеет существенного отношения к случившемуся». Весьма спорные и неоднозначные примеры, но не использовать их было бы не совсем верно. Первый, вероятно, лица с шизотипическим расстройством (F21), суицид «философский».

Наблюдение 24. Д., 40 лет. Диагноз не установлен, ранее к психиатру не обращался. Никогда не был женат, закончил технический ВУЗ, занимал всегда одну и ту же «несложную должность». Поскольку всё время, со слов матери, тратил на свои «ненормальные хобби». Увлекался эзотерикой, античной философией, буддизмом. Занимался постоянным саморазвитием и духовными просветлениями. Друзей не имел, общением с людьми тяготился, на редкие насмешки и констатации его «нетакойности» не реагировал. Настроение отмечалось почти всегда ровное, с матерью вечерами часто вёл разговоры на отвлечённые темы, включая «бренность существования», необходимость поиска ответа на главный вопрос философии, сформулированный Альбертом Камю. За несколько дней до самоубийства был в приподнятом настроении, матери сказал, что она скоро всё узнает сама. В вечер самоубийства надел костюм, выглаженную рубашку. Написав целый трактат о бессмысленности бытия и его эквивалентности, отравился. На компьютере в режиме повтора включил широко известный монолог: «Мне этот мир абсолютно понятен, и я здесь ищу только одного – покоя, умиротворения и вот этой гармонии, от слияния с бесконечно вечным, от созерцания великого фрактального подобия и от вот этого замечательного всеединства существа, бесконечно вечного, куда ни посмотри, хоть вглубь – бесконечно малое, хоть ввысь – бесконечно большое, понимаешь?»

Безусловно, при желании можно говорить о диагнозе, более того, таковом с высоким коэффициентом суицидального риска (и мы не отрицаем этого), однако, характер суицидальной траектории, мысли человека о бессмысленности бытия (пусть даже и помноженные на их Verschroben-дискурс), предположительно позволяют нам допустить суи-

The last two examples of this part are from the heading "the existing psychiatric diagnosis has no significant relation to what happened". These are very controversial and ambiguous examples, but it would not be entirely correct not to use them. The first is probably a person with schizo-typical disorder (F21), a "philosophical" suicide.

Observation 24. D., 40 years old. The diagnosis has not been established; he has not contacted a psychiatrist before. He has never been married, graduated from a technical university, and always held the same "non-difficult position". Because, according to his mother, he spent all his time on his "abnormal hobbies". He was interested in esotericism, ancient philosophy and Buddhism. He was engaged in constant self-development and spiritual enlightenment. He had no friends, he was burdened with communicating with people, he did not react to rare ridicule and statements of his "unworthiness". The mood was almost always even, and he often had conversations with his mother on abstract topics in the evenings, including the "impermanence of existence", the need to find an answer to the main question of philosophy formulated by Albert Camus. A few days before his suicide, he was in high spirits, told his mother that she would soon find out everything for herself. He put on a suit and an ironed shirt on the evening of the suicide. Having written a whole treatise on the meaninglessness of existence and its equifinality, he poisoned himself. On the computer, in replay mode, he turned on a well-known monologue: "This world is absolutely clear to me, and I am looking for only one thing here – peace and harmony, from merging with the infinitely eternal, from contemplating the great fractal similarity and from this wonderful unity of being, infinitely eternal, wherever you look, even deep down – infinitely small, even up – infinitely big, do you understand?"

Of course, if desired, we can talk about a diagnosis, moreover, one with a high coefficient of suicidal risk (and we do not deny this), however, the nature of the suicidal trajectory, a person's thoughts about the meaninglessness of being (even multiplied by their Verschroben discourse), presumably allow us to admit worldview suicide, mental fatigue, but not illness. We are sure that such examples in the world suicidological anthology

цид мировоззренческий, душевной усталости, но не болезни. Уверены, что подобные примеры в мировой суицидологической антологии обнаружатся без особого труда без всяких намёков на шизотипию и прочие латентные психиатрические особенности.

Второй пример – ситуация, произошедшая с молодой женщиной с «всего лишь паническими атаками», которые нельзя отнести к уж совсем индифферентным в суицидологическом плане диагнозам [16], но в данном случае речь пойдёт о несколько иных аспектах.

Наблюдение 25. Н., 30 лет. Диагноз: паническое расстройство умеренной степени (F 41.00). Диагноз установлен за неделю до суицидальной попытки, ранее никогда суицидальных переживаний не отмечала. После консультации врача был назначен эсциталопрам в дозе 10 мг в сутки. На третий день после начала приёма у Н. появились немотивированные суицидальные идеации компульсивного характера, которым было сложно сопротивляться. Описываемое состояние сопровождалось моментами ужаса и отчаяния. Схватив шарф и закрывшись в ванной комнате, Н. пыталась на нём повеситься, была спасена супругом. На следующее утро от лекарства отказалась, к обеду состояние напряжения исчезло, как, впрочем, и суицидальные устремления. Критика к случившемуся частичная, на приёме немного растеряна, не понимает, как она могла так с собой поступить.

Совершенно очевидно, что мы имеем дело с побочным эффектом назначенного препарата группы СИОЗС (кстати, далеко не эксклюзивно редким) у молодой женщины, чей психиатрический диагноз изначально никак не предполагал подобного развития ситуации. Подобное шквалообразное нарастание тревоги не являлось прямым следствием имеющегося диагностированного расстройства; описываемая симптоматика спровоцирована стартом биохимических изменений в результате начала приёма СИОЗС (пусть даже у человека с изначально изменённой реактивностью серотониновой системы). Таким образом, тревожный синдром был экзогенно-ятрогенного происхождения, и целесообразность возведения его в разряд расстройства вряд ли оправдана. Но опять же – это, скорее, вопрос к профессиональному сообществу.

В заключение статьи, позвольте нам коснуться ещё одного варианта, заслуживающего безусловного внимания, обозначенного как «суицид = несчастный случай». В подобных случаях присут-

will be found without much difficulty, without any hints of schizo-type and other latent psychiatric features.

The second example is the situation that occurred with a young woman with "just panic attacks", which cannot be attributed to diagnoses that are completely indifferent in suicidological terms [16], but in this case we will talk about several other aspects.

Observation 25. N., 30 years old. Diagnosis: moderate panic disorder (F 41.00). The diagnosis was made a week before the suicide attempt, she had never previously noted suicidal experiences. Escitalopram was prescribed at a dose of 10 mg per day after consulting a doctor. On the third day after the start of the reception, N. developed unmotivated suicidal ideations of a compulsive nature, which were difficult to resist. The described state was accompanied by moments of horror and despair. Grabbing a scarf and locking herself in the bathroom, N. tried to hang herself on it, was saved by her husband. She refused the medicine the next morning, by lunchtime the state of tension had disappeared, as well as suicidal aspirations. Criticism of what happened was partial, she was a little confused at the reception, did not understand how she could do this to herself.

It is quite obvious that we are dealing with a side effect of the prescribed SSRI drug (by the way, it is far from exclusively rare) in a young woman whose psychiatric diagnosis initially did not imply such a development of the situation. A similar squall-like increase in anxiety was not a direct consequence of the existing diagnosed disorder; the described symptoms were provoked by the start of biochemical changes as a result of the start of taking SSRIs (even in a person with an initially altered reactivity of the serotonin system). Thus, the anxiety syndrome was of exogenous-iatrogenic origin, and the expediency of elevating it to the category of disorder is hardly justified. But again, this is rather a question for the professional community.

In conclusion of the article, let us touch on another option that deserves unconditional attention, designated as "suicide = accident". In such cases, there is an undoubted demonstration of the intention to die without the desire to die as such (at least in the originally planned version). Such demonstrable attempts are often "on the verge", in the "lucky - un-

ствует несомненная демонстрация намерения умереть без желания умирания как такового (по меньшей мере, в первоначально планируемом варианте). Подобные демонстративные попытки часто находят «на грани», в зоне «повезёт – не повезёт», и в случае их случайного или неслучайного драматического финала, вопрос их окончательной квалификации всегда вызывает затруднения. Начнём с самого типового варианта.

Наблюдение 26. Ю., 27 лет. Диагноз: истерическое расстройство личности (F 60.4). Инфантильная девушка с минимум тридцатью парасуицидами в анамнезе. После отчисления из института «развлекалась» ссорами по телефону с матерью, включающими обязательные угрозы покончить с собой «из-за неё». Дома ждала прихода возвращающейся с работы матери, наблюдая за ней с балкона. После того, как та оказывалась в подъезде, «вешалась» в коридоре на крючке для одежды, оставив входную дверь приоткрытой. Всякий раз помощь приходила вовремя, «обходились без медиков», в последний раз мать в подъезде задержала соседка, войдя в квартиру она обнаружила Ю. мёртвой, спасти ее не удалось.

И вот вопрос: что перед нами? И хотела ли Ю. собственной смерти или только «играла в попытки». У нас имеется предшествующее демонстративно-шантажное парасуицидальное поведение, это не вызывает вопросов. Как и тот факт, что девушка всегда подстраивала обстоятельства таким образом, чтобы не погибнуть в итоге очередного неистинного суицида. Таким образом, наступившая смерть – лишь несчастный случай? И вовсе никакой не суицид, что вполне логично, особенно, если не погружаться в дебри «бессознательных влечений гистрионической личности». И, если судить максимально формально, лишила жизни себя Ю. совершенно самостоятельно, действовала совершенно добровольно, как и осознавала характер производимых действий. А вот умирать, вероятно, всё же не желала ...

Наблюдение 27. П., 19 лет. Диагноз не установлен, ранее к психиатру не обращался. Студент вуза, пытаясь добиться расположения девушки, решил с другом инсценировать самоубийство «так, чтобы натурально было». В туалете корпуса, в верхней части окна, находилась форточка, открывающаяся вниз. Размах движения ручки на ней при соответствующем открывании составлял порядка 80 см. К ней и планировалось привязать

lucky" zone, and in the case of their accidental or non-accidental dramatic finale, the question of their final qualification always causes difficulties. Let's start with the most typical option.

Observation 26. Yu., 27 years old. Diagnosis: hysterical personality disorder (F 60.4). An infantile girl with at least thirty parasuicides in the anamnesis. After graduation from the institute, she "had fun" quarreling on the phone with her mother, including threatening to commit suicide "because of her". She was waiting for her mother to come home from work at home, watching her from the balcony. After she found herself in the entrance, she "hung herself" in the hallway on a clothes hook, leaving the front door ajar. Every time help came on time, "they did without doctors", the last time the mother was detained in the entrance by a neighbor, entering the apartment she found Yu. dead, it was not possible to save her this time.

And here's the question: what's in front of us? And did Yu. want to of her own death, or just "playing at trying". We have a previous demonstrative blackmail parasuicidal behavior, this does not raise any questions. As well as the fact that the girl always adjusted her circumstances in such a way as not to die as a result of another untrue suicide. So, the death that occurred was just an accident? And it is not suicide at all, which is quite logical, especially if you do not immerse yourself in the wilds of the "unconscious drives of the histrionic personality". And, to judge as formally as possible, Yu. took her own life completely independently, she acted completely voluntarily, as she was aware of the nature of the actions being performed. But she probably didn't want to die anyway...

Observation 27. P., 19 years old. The diagnosis has not been established; he has not contacted a psychiatrist before. A university student, trying to woo a girl, decided with a friend to stage suicide "so that it was natural". There was a window opening downwards in the toilet of the building, in the upper part of the window. The range of movement of the handle on it at the appropriate opening was about 80 cm. It was planned to tie a noose to it, and taking into account the fall of the body and the opening of the window, strangulation should be minimal. Everything was carefully calculated, the time of the beginning break

петлю, а с учётом падения тела и открывающейся форточки, придушивание должно быть минимальным. Всё было тщательным образом рассчитано, подгадано время начинающегося перерыва между парами, написана «предсмертная записка». В день «представления» в форточке поменяли шпингалет, на что П. не обратил внимания. В результате констатирована смерть посредством асфиксии.

Демонстративно-шантажная попытка, случайно завершившаяся смертью, став несчастным случаем? Напомним, П. покинуть нас не планировал, хотя и вёл опасную игру. И последнее наблюдение.

Наблюдение 28. О., 32 года. Диагноз: истерическое расстройство личности (F 60.4). Находясь в местах лишения свободы, чтобы поднять зону на волнения, О. «бросил кишки на пол», то есть, с безусловным пониманием возможных смертельных последствий, распорол себе острым предметом брюшную стенку, вытащив наружу часть тонкого кишечника. С большим трудом был спасён, перенес несколько сложных операций. В последующих беседах утверждал, что всё «по понятиям сделал», «умер бы, так за дело». В момент поступка понимал всю его серьёзность, «был бы простым мужиком на зоне, так бы не поступил». Как к суициду к совершённому не относился, хотя понимал, что на 99 процентов умрёт.

Завершись данная эскапада смертью, как бы случившееся квалифицировали? О. осознанно шёл на вероятную смерть, действовал исключительно самостоятельно, безусловно, в душе надеясь на благоприятный исход (но и к неблагоприятному он был готов). Желание умереть носит «мерцающий характер»: с одной стороны жить хотелось, с другой, если надо погибнуть «за дело», то надо. И, учитывая вероятности, в данном случае, неблагоприятный исход виделся более предпочтительным. Так что же перед нами? Суицидальная попытка истинно / неистинного характера или всё же мы имеем дело с демонстративно-манипуляционным действием, но лишь чудом не «оформившимся» в очень правдоподобный суицид? То ли хотел умереть, то ли нет, то ли истинный, то ли шантажный, то ли попытка суицида, то ли просто манипуляция. Перейдём к выводам по работе.

Выводы

Суицидальное поведение, само по себе являясь отдельным клиническим феноменом, сопровождает весь континуум «норма – психическая патология». Говоря о суициде у психически здорового человека,

between couples was timed, and a "suicide note" was written. On the day of the "presentation", the latch was changed in the window, which P. did not pay attention to. As the result, death by asphyxia was pronounced.

A demonstrative blackmail attempt that accidentally ended in death, becoming an accident? Recall that P. did not plan to leave us, although he was playing a dangerous game. And the last observation.

Observation 28. O., 32 years old. Diagnosis: hysterical personality disorder (F 60.4). While in prison, in order to raise the area to unrest, O. "threw his intestines on the floor," that is, with an unconditional understanding of the possible fatal consequences. He flogged his abdominal wall with a sharp object, pulling out part of the small intestine. He was saved with great difficulty and underwent several difficult operations. In subsequent conversations, he claimed that he had "done everything according to concepts", "he would have died, so for the cause". At the moment of the act, he understood its seriousness, "if I were a simple man in the prison, I wouldn't do that". He did not treat it as a suicide, although he understood that it was 99 percent that he would die.

If this escapade ended in death, how would the incident be qualified? O. was deliberately going to probable death, acted solely independently, of course, hoping in his heart for a favorable outcome (but he was also ready for an unfavorable one). The desire to die has a "flickering character": on the one hand, I wanted to live, on the other, if I have to die "for the cause", then I have to. And, given the probabilities, in this case, an unfavorable outcome seemed preferable. So, what is in front of us? Is it a suicidal attempt of a true /untrue nature, or are we still dealing with a demonstratively manipulative action, but only miraculously did not "take shape" into a very plausible suicide? Either he wanted to die, or not, or true, or blackmailed, or attempted suicide, or just manipulation. Let's move on to the conclusions of the work.

Conclusions

Suicidal behavior, being in itself a separate clinical phenomenon, accompanies the entire continuum of "norm – mental pathology". Speaking about suicide in a psychologically healthy person, according to the analysis carried out in the work, one should always

согласно проведённому в работе анализу, следует всегда учитывать методологию оценки подобного сочетания. Если мы ретроспективно лишь оцениваем присутствие у погибшего установленного ранее психиатрического или наркологического диагнозов, получаются весьма значительные доли «условно здоровых лиц». Если же мы проводим психологическую или психиатрическую аутопсию случая, то в значительном числе наблюдений, с большей или меньшей вероятностью и степенью обоснованности, мы обнаружим указания на вероятную психиатрическую «ненорму». Это не изменит первоначальных пропорций, однако, даёт почву для размышлений с целью разработки эффективной стратегии превентивной суицидологии. Более того, сам факт присутствия психиатрического диагноза, без оценки контекста произошедшего и присутствия причинно-следственных связей, мало что означает сам по себе. Позволительно лишь говорить о диагнозах разного ранга суицидальной значимости.

Отношение факта присутствия психического заболевания и суицида многогранно, начиная от несомненного участия болезни в этапах суицидогенеза до отсутствия такового (даже у лиц, находящихся в момент гибели в психотическом состоянии). Важно учитывать истинность моральных установок, осознание производимых действий и представленность волевой составляющей.

В случае психотического состояния целесообразно выделять несколько типов соотношения имеющегося расстройства и самоубийства: с безусловным влиянием психотической симптоматики и с осознанием последствий осуществляемых действий – индуцированный психотическим состоянием суицид; с безусловным влиянием, но без осознания последствий – истинный психотический суицид или психотический псевдосуицид; с безусловным влиянием, но отсутствием истинного желания именно умереть – трансформационный психотический суицид; осознанное избавление посредством суицида от переживаний, созданных психическим расстройством – парапсихотический суицид.

Аффективно-шоковые варианты индукции суицидального поведения, при своей достаточно значительной распространённости, редко диагностируются прижизненно в силу параллельности своего формирования суицидальному поведению. Зачастую это вариант лишь постмортальной диагностики с привлечением пособия психологической или психиатрической аутопсии.

take into account the methodology for evaluating such a combination. If we only assess the presence of a previously established psychiatric or narcological diagnosis in the deceased retrospectively, we get very significant proportions of "conditionally healthy individuals". If we conduct a psychological or psychiatric autopsy of a case, then in a significant number of observations, with greater or lesser probability and degree of validity, we find indications of a probable psychiatric "abnormality". This will not change the initial proportions; however, it gives grounds for reflection in order to develop an effective strategy for preventive suicidology. Moreover, the very fact of the presence of a psychiatric diagnosis, without assessing the context of what happened and the presence of cause-and-effect relationships, does not mean much in itself. It is permissible only to talk about diagnoses of various degrees of suicidal significance.

The relationship between the presence of mental illness and suicide is multifaceted, ranging from the undoubted participation of the disease in the different stages of suicidogenesis to the absence of such (even in persons who are in a psychotic state at the time of death). It is important to take into account the truth of the mortal attitudes, awareness of the actions performed and the representation of the volitional component.

In the case of a psychotic state, it is advisable to distinguish several types of correlation between the existing disorder and suicide: with the unconditional influence of psychotic symptoms and with awareness of the consequences of actions performed – suicide induced by the psychotic state; with unconditional influence, but without awareness of the consequences – true psychotic suicide or psychotic pseudosuicide; with unconditional influence, but lack of true desire, namely to die is a transformational psychotic suicide; conscious escape through suicide from the experiences created by a psychological disorder is parapsychotic suicide.

Affective shock variants of induction of suicidal behavior, with their sufficiently significant prevalence, are rarely diagnosed in life due to the parallelism of their formation to suicidal behavior. This is often an option only for postmortem diagnosis with the involvement of a psychological or psychiatric autopsy manual.

Литература / References:

1. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: Медицинское информационно агентство, 2019. 600 с. [National Guide to Suicidology / Ed. B.S. Polozhiy. Moscow: Medical Information Agency Publishing House, 2019. 600 p.] (In Russ)
2. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2008. 178 с. [Govorin N.V., Sakharov A.V. Suicidal behavior: typology and factor conditioning. Chita: Publishing house "Ivan Fedorov", 2008. 178 p.] (In Russ)
3. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд: перевод с французского А.Н. Ильинского; под ред. В.А. Базарова. СПб.: Мысль, 1912. 214 с. [Durkheim E. Suicide: a sociological study: translated from the French by A.N. Ilyinsky; edited by V.A. Bazarov. St. Petersburg: Mysl, 1912. 214 p.] (In Russ)
4. Sobański J.A., Cyranka K., Rodziński P., et al. Are neurotic personality traits and neurotic symptoms intensity associated with suicidal thoughts reported by patients of a day hospital for neurotic disorders? *Psychiatr Pol.* 2015; 49 (6): 1343-1358. DOI: 10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/5
5. Sha Q., Fu Z., Escobar Galvis M. L., Madaj Z., Brundin L., et al. Integrative transcriptome – and DNA methylation analysis of brain tissue from the temporal pole in suicide decedents and their controls. *Molecular Psychiatry* (2023). DOI: 10.1038/s41380-023-02311-9
6. Shneidman E.S., Farberow N.L. Sample Psychological Autopsies. In: Shneidman E.S., Farberow N.L., Litman R.E. (Eds). *The Psychology of Suicide*. New York: Science House; 1970: 497-510.
7. Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. СПб: Экспертные решения, 2017. 192 с. [Merinov A.V. 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)
8. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. Санкт-Петербург: ООО "Издательство "СпецЛит", 2016. 207 с. ISBN 978-5-299-00760-2 [Shustov D.I. Autoaggression and suicide in alcohol addiction: clinic and psychotherapy. Saint Petersburg: LLC "Publishing House "SpetsLit", 2016. 207 p.] (In Russ) ISBN 978-5-299-00760-2
9. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М., 2010: 232. [Polozhy B.S. Suicidal behavior (clinical, epidemiological and ethnocultural aspects). M.: 2010: 232 p.] (In Russ)
10. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения. *Академический журнал Западной Сибири*. 2010; 3: 35-37. [Zotov P.B. Issues of identification of clinical forms and classification of suicidal behavior. *Academic Journal of West Siberia = Akademicheskij zhurnal Zapadnoy Sibiri*. 2010; 3: 35-37.] (In Russ)
11. Суицидальные и несуицидальные самоповреждения подростков / Коллективная монография. Под редакцией проф. П.Б. Зотова. Тюмень: Вектор Бук, 2021. 472 с [Suicidal and non-suicidal self-harm of adolescents / Collective monograph. Edited by Prof. P.B. Zotov. Tyumen: Vector Book, 2021. 472 p.] (In Russ) ISBN 978-5-91409-537-3
12. Меннингер К. Война с самим собой. М.: "ЭКСПО-Пресс", 2000. 480 с. [Menninger K. *Vojna s samim soboj*. M.: «EKSPO-Press», 2000. 480 s.] (In Russ)
13. Войцех В.Ф. Что мы знаем о суициде. Под редакцией профессора В.С. Ястребова. М., 2007. 200 с. [Voitcekh V.F. What we know about suicide. Edited by Professor V.S. Yastrebov. M., 2007. 200 p.] (In Russ)
14. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито - Центр, 2018. 376 с. [Starshenbaum G.V. *Suicidology and crisis psychotherapy*. M.: Kogito - Center, 2018. 376 p.] (In Russ)
15. Голенков А.В., Зотов П.Б. Постгомицидные самоубийства: монография. Тюмень: Вектор-Бук, 2022. 424 с. [Golenkov A.V., Zotov P.B. *Post-homicidal suicides: a monograph*. Tyumen: Vector-Book, 2022. 424 p.] (In Russ) ISBN 978-5-91409-563-2
16. Zhang Y., Wang J., Xiong X., et al. Suicidality in patients with primary diagnosis of panic disorder: A single-rate meta-analysis and systematic review. *J Affect Disord.* 2022 Mar 1; 300: 27-33. DOI: 10.1016/j.jad.2021.12.075

SUICIDE AND PSYCHIATRY: THE SUICIDAL PERSON IS MORE LIKELY TO BE ILL OR RATHER HEALTHY. REFLECTIONS ON THE PSYCHIATRIC QUALIFICATION OF SUICIDE, AWARENESS OF ACTIONS AND THE TRUTH OF INTENTIONS

A.V. Merinov¹, I.M. Shishkova¹,
N.A. Emec², A.S. Novichkova², A.V. Kosy'reva¹

¹Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia;
merinovalex@gmail.com

²Regional Clinical Narcological Dispensary, Ryazan, Russia

Abstract:

The results of the senior medical students' answers the question: "Does a person who commits suicide necessarily suffer from any kind of mental disorder?" served as a starting point to this work. The number of positive responses tended to reach 100%. Suicidal behavior for many people is a frightening, odious and mysterious topic, which in no way is able to characterize a mentally healthy person. *The purpose of the work* is to assess the presence of a psychiatric or narcological disorder (established or suspected) and its possible impact on suicide (or attempt) by analyzing fairly common clinical cases in practice. *Materials and methods*. 28 observations of completed suicides, suicide attempts and accidents as a result of demonstrative blackmail actions were analyzed from a clinical perspective in the work. The methods of psychiatric and psychological autopsies were used. *Results*. It

has been demonstrated that suicidal and parasuicidal behavior, being separate clinical phenomena in themselves, accompany the entire continuum of "norm – mental pathology". There are options for suicide with and without understanding the essence of the actions performed on oneself (awareness of the nature and purpose of the plan and without them), with the presence of a clear volitional controlling component and with a significant decrease or perversion of the latter. The relationship between the presence of mental illness and suicide is multifaceted, ranging from the undoubted participation of the disease in the stages of suicidogenesis to the absence of such (even in persons who were in a psychotic state at the time of death). In case of death at the time of a psychotic state, it is reasonable to use the following models of combining the existing disorder and suicide: with the unconditional influence of psychotic symptoms and with awareness of the consequences of the actions performed – suicide induced by a psychotic state; with unconditional influence, but without awareness of the consequences – true psychotic suicide or psychotic pseudo-suicide; with unconditional influence, but without a true desire to die – transformational psychotic suicide; conscious escape through suicide from experiences created by a mental disorder - parapsychotic suicide. Affective shock variants of the induction of suicidal behavior, with their rather significant prevalence, are rarely diagnosed in vivo due to the parallelism of their formation to suicidal behavior. This is often an option only for postmortem diagnosis with the involvement of a psychiatric autopsy manual. *Conclusions.* The very fact of the presence of a psychiatric diagnosis, without assessing the context of what happened and the presence of cause-and-effect relationships, means little in itself. It is permissible only to talk about diagnoses of different ranks of suicidal significance. The methodology for evaluating such a combination should be taken into account in the case of suicide in a mentally conditionally healthy person. A retrospective calculation of previously established psychiatric or narcological diagnoses in suicide victims gives us a significant number of healthy individuals. When conducting a psychological or psychiatric autopsy, we are more likely to find indications of a possible psychiatric "abnormality".

Keywords: suicidology, auto-aggressive behavior, psychiatric autopsy, psychological autopsy, suicide without suicide, parapsychotic suicide, psychotic pseudosuicide, true psychotic suicide, psychotic induced suicide, transformational psychotic suicide

Вклад авторов:

A.B. Merinov: разработка дизайна исследования, обзор и перевод публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;

I.M. Shishkova: обзор и перевод публикаций по теме статьи, написание текста рукописи, перевод рукописи;

N.A. Emec: редактирование текста рукописи;

A.S. Novichkova: перевод публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи;

A.V. Kosy'reva: перевод публикаций по теме статьи.

Authors' contributions:

A.V. Merinov: developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, translated relevant publications, article editing;

I.M. Shishkova: reviewing of publications of the article's theme, translated relevant publications, article editing, article translated;

N.A. Emec: article editing;

A.S. Novichkova: reviewing of publications of the article's theme, article editing;

A.V. Kosy'reva: reviewing of publications of the article's theme.

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 14.01.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 13.02.2024.

Для цитирования: Меринов А.В., Шишкова И.М., Емец Н.А., Новичкова А.С., Косырева А.В. Суицид и психиатрия: суицидент скорее болен или скорее здоров. Размышления о психиатрической квалификации самоубийств, осознанности действий и истинности намерений. *Суицидология*. 2024; 15 (1): 105-142. doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-01(54)-105-142

For citation: Merinov A.V., Shishkova I.M., Emec N.A., Novichkova A.S., Kosy'reva A.V. Suicide and psychiatry: the suicidal person is more likely to be ill or rather healthy. Reflections on the psychiatric qualification of suicide, awareness of actions and the truth of intentions. *Suicidology*. 2024; 15 (1): 105-142. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-01(54)-105-142