

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕВЕНТИВНОЙ СУИЦИДОЛОГИИ

*Б.С. Положий*

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия

### MODERN APPROACHES TO PREVENTIVE SUICIDODOLOGY

*B.S. Polozhy*

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serb'sky, Moscow, Russia

Информация об авторе:

Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ (SPIN-код: 1734-3563; AuthorID: 959343; Researcher ID: X-9588-2018; ORCID iD: 0000-0001-5887-8885). Место работы и должность: руководитель Отделения клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 119992, г. Москва, Кропоткинский пер., 23. Телефон: +7 (906) 776-24-68; электронный адрес: pbs.moscow@gmail.com

Information about the author:

Polozhy Boris Sergeevich – MD, PhD, Professor, Honored Scientist of the Russian Federation (SPIN-code: 1734-3563; AuthorID: 959343; Researcher ID: X-9588-2018; ORCID iD: 0000-0001-5887-8885). Place of work and position: Head of the Clinical and Preventive Suicidology Department of the Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of Ministry of Health of Russia FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology after V.P. Serb'sky. Address: Russia, 119992, Moscow, Kropotkiyskiy per. 23. Phone: +7 (906) 776-24-68; email: pbs.moscow@gmail.com

В статье представляется разработанная и одобренная ВОЗ современная классификация профилактики психических расстройств. В данной классификации выделяется 3 вида профилактики: универсальная, ориентированная на изначальное предупреждение психических расстройств и направленная на все население. Эта форма соответствует прежнему понятию первичная профилактика. Следующий вид – селективная профилактика, направленная на группы риска (ранее отдельно не выделялась). Индикативная профилактика соответствует прежнему понятию третичной профилактики. Данная классификация впервые применена нами применительно к профилактике суицидального поведения. В этом аспекте, помимо рекомендуемых ВОЗ терминов, нами дополнительно введен еще один вид – антикризисная профилактика, подразумевающая купирование суицидальных намерений у лиц с высоким уровнем суицидального риска, находящихся в пресуицидальном и остром постсуицидальном периодах. В статье представлены и описаны конкретные формы каждого этапа профилактики суицидального поведения. Отмечаются их цели, направленность, виды профилактических мероприятий.

*Ключевые слова:* превентивная суицидология, суицид, суицидальное поведение, профилактика, реабилитация

Профилактика самоубийств является наиболее важной и сложной проблемой современной суицидологии. В разные времена её пытались решить практически все специалисты, занимавшиеся суицидами. Однако, учитывая многосторонность и сложность феномена суицидального поведения (СП), наши недостаточные знания о природе и механизмах его возникновения и развития, многообразии факторов риска, расцениваемых в качестве суицидогенных, наличие различных (психиатрических, психологических, социологических, биологических и др.) подходов к профилактике, эффективной системы предупреждения самоубийств не разработано и по сей день. В дальнейшем изложении материала мы будем ориентироваться на современный отечественный и зару-

Suicide prevention is the most important and complex problem in modern suicidology. At different times, almost all experts involved in suicides tried to solve it. However, given the versatility and complexity of the phenomenon of suicidal behavior (SB), our insufficient knowledge of the nature and mechanisms of its occurrence and development, the variety of risk factors regarded as suicidal, the presence of various (psychiatric, psychological, sociological, biological, etc.) approaches to prevention, an effective suicide prevention system has not been developed to this day. In the further presentation of the material, we will focus on the modern domestic and foreign experience of suicide

бежный опыт превенции суицидов, а также на последние рекомендации ВОЗ [1-3].

Профилактика суицидов представляет собой систему мер, направленных на предупреждение различных проявлений СП, в том числе первичных и повторных суицидальных действий [4, 5]. Несколько лет назад ВОЗ предложила новые обозначения профилактических этапов: универсальная профилактика (соответствует первичной), селективная профилактика (представляет собой одну из форм первичной профилактики, ранее отдельно не выделявшуюся), индикативная профилактика (соответствует третичной профилактике). Нами [6] данная классификация была адаптирована к профилактике СП. При этом помимо трёх рекомендуемых ВОЗ видов, нами была добавлена «Антикризисная профилактика». В результате классификация приняла следующий вид:

- Универсальная, или всеобщая профилактика.
- Селективная, или выборочная профилактика.
- Антикризисная профилактика, или кризисная интервенция.
- Индикативная, или ориентированная профилактика.

*Универсальная профилактика* направлена на изначальное предупреждение СП, будучи ориентированной на все население. Её цель состоит в охвате всего населения мерами, направленными на улучшение психического здоровья и сведение к минимуму риска самоубийства. При этом индивидуальная психическая устойчивость является основополагающим столпом универсальной профилактики. В данной формулировке чётко указана связь СП с состоянием психического здоровья личности. Индивидуальная психическая устойчивость представляет собой мощный барьер перед всеми формами аномального (патологического) реагирования – от невротических, стрессовых и личностных расстройств до СП. Важнейшими характеристиками индивидуальной психической устойчивости являются адекватное реагирование на стрессовые ситуации, наличие эффективных копинг-стратегий, адекватная самооценка, наличие навыков конструктивного решения проблем, способность к формированию психологических защит, развитие механизмов планирования будущего, отсутствие гипертрофированного чувства вины, способность к перестройке ценностных ориентаций, хорошо развитое чувство самодостаточности.

Следует отметить, что одним из главных факторов, препятствующих формированию психически устойчивой личности, является патологическое воспитание ребёнка в родительской семье, начиная с дошкольного возраста. Ещё одним потенциально суицидоопасным фактором служит медицинская непросвещённость родителей.

prevention, as well as on the latest WHO recommendations [1-3].

Suicide prevention is a system of measures aimed at preventing various manifestations of SB, including primary and repeated suicidal actions [4, 5]. Several years ago, WHO proposed new designations for preventive stages: universal prevention (corresponds to primary), selective prevention (is one of the forms of primary prevention that was not previously distinguished separately), indicative prevention (corresponds to tertiary prevention). We [6] have adapted this classification for the prevention of SB. At the same time, in addition to the three types recommended by WHO, we have added “Anti-crisis prevention”. As a result, the classification took the following form:

- Universal or general prevention.
- Selective prevention.
- Anticrisis prevention, or crisis intervention.
- Indicative or targeted prevention.

Universal prevention is aimed at the initial prevention of SB by targeting the entire population. Its goal is to reach the entire population with measures aimed at improving mental health and minimizing the risk of suicide. At the same time, individual mental stability is the fundamental pillar of universal prevention. In this formulation, the connection between SB and the state of mental health of the individual is clearly indicated. Individual mental stability is a powerful barrier against all forms of abnormal (pathological) response - from neurotic, stressful and personality disorders to SB. The most important characteristics of individual mental stability are an adequate response to stressful situations, the presence of effective coping strategies, adequate self-esteem, the presence of constructive problem-solving skills, the ability to form psychological defenses, the development of future planning mechanisms, the absence of hypertrophied feelings of guilt, the ability to restructure value orientations, a well-developed sense of self-sufficiency.

It should be noted that one of the main factors preventing the formation of a mentally stable personality is the pathological upbringing of a child in the parental family, starting from preschool age. Another potentially suicidal factor is the lack of medical education of parents. In addition, due to prejudice and lack of awareness, most parents have a powerful psychological barrier

Кроме того, в силу предубеждений и непросвещённости, у большинства родителей присутствует мощный психологический барьер перед консультативным обращением к психиатру, что препятствует раннему обнаружению тех или иных психических расстройств, способствующих возникновению СП.

*Формы универсальной профилактики:*

- проведение активного дифференцированного просвещения различных возрастных и социально-профессиональных групп населения в отношении факторов риска возникновения СП – задача электронных и печатных СМИ. Здесь особо важным представляется использование возможностей Интернета. При правильном подходе Сеть имеет огромный потенциал для профилактики самоубийств путём распространения обучающего материала и предложений о помощи. Вместе с тем, на сегодняшний день в профилактических ресурсах Интернета сайтов о предупреждении суицидов явно недостаточно, при этом только одна пятая часть профилактических сайтов рассчитана на диалогическую коммуникацию, и менее 7% – адресованы молодежи;

- проведение дифференцированных образовательных программ о признаках суицидоопасных состояний для специалистов различного профиля (врачи общепедицинской сети, педагоги, воспитатели, и др.) – задача психиатрических и суицидологических служб;

- формирование мотивации и установок на ведение здорового образа жизни во всех возрастных группах населения – задача медиков и СМИ;

- повышение доступности психиатрической помощи – задача психиатрических организаций.

*Селективная профилактика* направлена на уязвимые группы населения – лиц, на текущий момент не имеющих признаков СП, но подверженных повышенному риску его развития в биологическом, психологическом, клиническом и социально-экономическом отношениях. По своей сути селективная профилактика – одно из важных направлений первичной профилактики, но ранее она отдельно не выделялась.

Согласно современным представлениям, наиболее уязвимыми группами, подлежащими селективной профилактике являются: лица, подвергшиеся жестокому обращению и перенесшие психическую травму (особенно в детском возрасте), а также пережившие военные конфликты или бедствия; беженцы и мигранты; коренные народности с исторически сложившимся повышенным риском СП (в России – это представители финно-угорских, монгольских, части тюркских этносов, а также малочисленные народы Севера); заключённые; лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией; лица, потерявшие близких, которые покончили жизнь самоубийст-

before consulting a psychiatrist, which prevents early detection of certain mental disorders that contribute to the onset of SB.

*Forms of universal prevention:*

- Conducting active differentiated education of various age and social and professional groups of the population in relation to risk factors for the occurrence of SB is the task of the electronic and print media. It is especially important here to use the capabilities of the Internet. Done right, the Network has tremendous potential for suicide prevention through the dissemination of educational material and offers of help. At the same time, to date, in the preventive resources of the Internet, there are clearly not enough sites on the prevention of suicides, while only one fifth of the prevention sites are designed for dialogical communication, and less than 7% are addressed to young people;

- conducting differentiated educational programs on the signs of suicidal states for specialists of various profiles (doctors of the general medical network, teachers, educators, etc.) – the task of psychiatric and suicidal services;

- the formation of motivation and attitudes towards a healthy lifestyle in all age groups of the population is the task of physicians and the media;

- increasing the availability of psychiatric care is the task of psychiatric organizations.

*Selective prevention* is aimed at vulnerable groups of the population - people who currently do not have signs of SB, but are at increased risk of its development in biological, psychological, clinical and socio-economic terms. At its core, selective prevention is one of the important areas of primary prevention, but previously it was not separately identified.

According to modern concepts, the most vulnerable groups subject to selective prevention are: persons who have undergone severe treatment and suffered mental trauma (especially in childhood), as well as survivors of military conflicts or disasters; refugees and migrants; indigenous peoples with a historically increased risk of joint venture (in Russia - these are representatives of the Finno-Ugric, Mongol, parts of the Turkic ethnic groups, as well as small peoples of the North); prisoners; persons with non-traditional sexual orientation; persons who have lost loved ones, who committed suicide; persons of adolescence, elderly and

вом; лица подросткового, пожилого и старческого возраста; безработные.

*Формы селективной профилактики:*

- раннее выявление лиц, относящихся к уязвимым группам населения. Естественно, эта задача достаточно трудновыполнимая и может решаться лишь усилиями разных специалистов – врачей – психиатров, суицидологов, наркологов и сексопатологов; психологов, врачей общей практики, врачей пенитенциарной системы, работников служб социальной защиты населения;

- обучение специалистов анонимных телефонных служб специфике работы по селективной профилактике СП;

- подготовка *гейткиперов*. Этот термин недавно вошел в суицидологическую практику. Гейткиперы (в переводе с англ. «привратник») представляют собой лиц, по роду своей деятельности постоянно работающих с людьми, и прошедших специальное обучение по выявлению у них признаков СП. По мнению специалистов, гейткиперами могут быть: работники служб первичной и экстренной медицинской помощи; учителя и другие сотрудники школ; работники полиции, пожарные, и представители других служб экстренного реагирования; офицеры вооруженных сил; социальные работники; служители церкви; работники кадровых служб и менеджеры. Целью подготовки гейткиперов является обучение их навыкам, позволяющим идентифицировать лиц, находящихся в группе риска, определять его уровень, а затем направлять таких лиц к специалистам. Следует заметить, что данный метод уже доказал свою эффективность в ряде западных стран.

Следующая форма профилактики СП – *антикризисная*. Её цель заключается в купировании суицидальных намерений у лиц с высоким уровнем суицидального риска, находящихся в пресуицидальном и остром постсуицидальном периодах.

*Формы:*

*Психофармакотерапия и психотерапия.* Вопросы фармакотерапии достаточно хорошо освещаются в литературе, преподаются на курсах дополнительного образования. Остановимся несколько подробнее на психотерапии. В пресуицидальном периоде в ряде случаев она может использоваться самостоятельно, то есть без применения фармакотерапии. В более тяжёлых и опасных ситуациях проводится параллельно с фармакотерапией. В постсуицидальном периоде начинается, как только позволит психическое состояние суицидента. Наиболее распространённой формой психотерапии при СП является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Она направлена на реконструкцию суицидоопасных черт личности, выработку новых форм конструктивного поведе-

senile age; unemployed.

*Selective prevention forms:*

- early identification of persons belonging to vulnerable groups of the population. Naturally, this task is quite difficult to accomplish and can only be solved by the efforts of various specialists - doctors - psychiatrists, suicidologists, narcologists and sex therapists; psychologists, general practitioners, doctors of the penitentiary system, workers of social protection services;

- training specialists of anonymous telephone services in the specifics of work on the selective prevention of SB;

- training of gatekeepers. This term has recently entered suicidal practice. Gatekeepers (translated from the English) are persons who, by the nature of their work, constantly work with people, and have undergone special training to identify signs of SB in them. According to experts, gatekeepers can be found among: workers of primary and emergency medical services; teachers and other school staff; police officers, firefighters, representatives of other emergency services; military officers; social workers; ministers of the church; HR workers and managers. The goal of training gatekeepers is to teach them the skills to identify individuals at risk, determine their level, and then refer such individuals to specialists. It should be noted that this method has already proven its effectiveness in a number of Western countries.

One more form of prevention of SB is *anti-crisis*. Its purpose is to cease suicidal intentions in persons with a high level of suicidal risk, who are in the pre-suicidal and acute post-suicidal periods.

*Forms:*

*Psychopharmacotherapy and psychotherapy.* Pharmacotherapy issues are covered in the literature well enough, taught in additional education courses. Let's dwell a little more on psychotherapy. In the presuicidal period, in some cases, it can be used independently, that is, without the use of pharmacotherapy. In more severe and dangerous situations, it is carried out along with pharmacotherapy. In the post-suicidal period it should be begun as soon as the mental state of the suicide attempter allows. The most common form of psychotherapy for SB is cognitive behavioral therapy (CBT). It is aimed at the reconstruction of suicidal personality traits, the development of new forms of constructive behavior, an adequate re-

ния, адекватного реагирования на стресс, повышение уровня психической устойчивости, достигаемые воздействиями на когнитивном уровне. КПТ может начинаться в стационаре, а впоследствии продолжаться в амбулаторных условиях.

*Индикативная профилактика СП.* Напомним, что она соответствует понятию третичной профилактики в предыдущей классификации. Индикативная профилактика направлена на предупреждение рецидива СП и совершения повторных суицидальных действий у лиц, совершивших покушение на самоубийство. Данный вид профилактики может начинаться уже в стационаре (в отношении госпитализированных суицидентов), либо в амбулаторных условиях (для тех, кто не нуждался в стационарировании). Индикативная профилактика – крайне важное звено суицидологической помощи, поскольку лица с суицидальной попыткой (попытками) в анамнезе имеют в 100 раз больший риск совершения суицида по сравнению с общей популяцией. Этот высокий риск усиливается в связи с абсолютным отсутствием в существующей системе суицидологической помощи возможностей (в первую очередь, подразделений) для проведения индикативной профилактики. В результате, её получает незначительное число суицидентов, преимущественно страдающих хроническими психическими заболеваниями и находящихся под психиатрическим динамическим наблюдением. Основная же масса суицидентов не получают специализированной помощи, что ведёт к рецидивам и повторению суицидальных действий, часто уже фатального характера.

#### *Формы индикативной профилактики.*

Прежде всего, это *психотерапия*, направленная на укрепление антисуицидального барьера личности суицидента: формирование стрессоустойчивости, обучение навыкам копинг-стратегий, реконструкция суицидоопасных личностных особенностей, и др. Следует заметить, что психотерапия может и должна носить длительный по времени характер – месяцы и даже годы, а также проводиться психотерапевтом, обладающим навыками работы с пациентами с СП.

Другой важнейший компонент – *психокоррекционная работа с ближайшим микросоциальным окружением суицидента*. Этому компоненту должно уделяться большое внимание. В первую очередь это касается собственной (или родительской) семьи суицидента. Сформировать у членов семьи адекватное отношение к случившемуся, чтобы помочь своему близкому – неперемное условие эффективности профилактических воздействий. В своей практике мы сталкивались с различными формами отношения родных к суициденту и случившейся ситуации. Так, в некоторых семьях встречается сугубо

response to stress, an increase in the level of mental stability, achieved by influences at the cognitive level. CBT can start in an inpatient setting and then continue on an outpatient basis.

*Indicative prevention* of SB corresponds to the concept of tertiary prevention in the previous classification. Indicative prophylaxis is aimed at preventing recurrence of SB and committing repeated suicidal actions in persons who have committed suicide attempts. This type of prophylaxis can begin already in a hospital (in relation to hospitalized suicides), or on an outpatient basis (for those who did not need hospitalization). Indicative prophylaxis is an extremely important link in suicidological care, since individuals with a history of suicidal attempt(s) has a 100 times higher risk of committing suicide compared to the general population. This high risk is increased due to the absolute absence in the existing system of suicidological care of opportunities (first of all, sub-divisions) for conducting indicative prophylaxis. As a result, it is received by a small number of suicides, mainly suffering from chronic mental illness and under psychiatric follow-up. The bulk of suicides do not receive specialized help, which leads to relapses and repetition of suicidal actions, often already fatal.

#### *Forms of indicative prevention.*

First of all, this is *psychotherapy* aimed at strengthening the anti-suicidal barrier of the suicidal personality: the formation of stress resistance, teaching coping strategies, the reconstruction of suicidal personality traits, etc. It should be noted that psychotherapy can and should be long-term in nature – months and even years, and also carried out by a psychotherapist who has the skills to work with patients with SB.

Another important component is *psychocorrectional work with the closest microsocial environment of the suicide*. Great attention should be paid to this component. First of all, this concerns the suicide attempter's own (or parental) family. Forming an adequate attitude to what happened in family members in order to help their loved ones is an indispensable condition for the effectiveness of preventive interventions. In our practice, we have come across various forms of the attitude of relatives towards the suicidal person and the overall situation. In some families, the attitude to that is a purely negative – "You disgraced the family",

негативное отношение – «Опозорил семью», «Как мы будем смотреть в глаза людям?», «Слабак», «В жизни у тебя не будет ничего хорошего», вплоть до «Лучше бы ты умер». Естественно, при таком отношении может очень быстро развиться рецидив СП, завершающийся новой попыткой. Противоположный вариант: близкие настолько испуганы произошедшим, что пытаются оградить суицидента от малейших забот, не говоря уж о каких-то проблемах. В результате, суицидент (зачастую взрослый) попадает в тепличные условия и не может выработать необходимую стрессоустойчивость, способность противостоять неприятностям. Когда же они все-таки случаются, то он реагирует привычным (суицидальным) образом. Поэтому информирование членов семьи о сути и механизмах СП, способов его предупреждения должны проводиться не только в плане просвещения, но и с использованием психологической коррекции существующих неверных установок.

*Динамическое наблюдение.* Согласно современным представлениям, динамическое наблюдение за человеком после суицидальной попытки должно продолжаться в течение всего постсуицидального периода, то есть *не менее 6 месяцев* [7]. Однако здесь возникает существенное затруднение. Дело в том, что суициденты, у которых не установлено психическое заболевание, по существующему законодательству не подлежат психиатрическому динамическому наблюдению. По нашему мнению, данная ситуация может быть разрешена следующим образом. Суициденты с наличием диагностированных психотических расстройств должны быть поставлены под психиатрическое динамическое наблюдение в ПНД с обязательным указанием на наличие суицидального риска. Суициденты с наличием преходящих, либо непсихотических психических расстройств должны находиться под динамическим наблюдением в специализированной суицидологической службе. Такое динамическое наблюдение является не психиатрическим, а собственно суицидологическим, и осуществляется на добровольной основе. По нашему мнению, это – реальный и эффективный подход к профилактике рецидива СП.

*Психотерапия* также занимает определенное место в индикативной профилактике. Она проводится при наличии клинических показаний. В частности, это касается депрессивных расстройств, наиболее часто провоцирующих рецидив СП. Назначение конкретных препаратов зависит от клинических проявлений депрессии.

Подводя итог приведенным сведениям, следует особо подчеркнуть, что эффективность профилактики СП во многом зависит от наличия национальных, межгосударственных и региональных программ предупреждения

"How are we going to look people in the eye?", "You are weak", "You won't have anything good in life," "You'd better die". Naturally, with such an attitude, a relapse of the SB can develop very quickly, culminating in a new attempt. The opposite option: loved ones are so scared of what happened that they try to protect the suicide attempter from the slightest worries, not to mention problems. As a result, the suicide attempter (often an adult) finds themselves in 'greenhouse' conditions and cannot develop the necessary resistance to stress, the ability to withstand troubles. When they do happen, they react in a familiar (suicidal) way. Therefore, informing family members about the essence and mechanisms of SB, ways to prevent it should be carried out not only in terms of education, but also with the use of psychological correction of existing incorrect attitudes.

*Dynamic observation.* According to modern concepts, dynamic observation of a person after a suicidal attempt should continue throughout the post-suicidal period, that is, not less than 6 months [7]. However, a significant difficulty arises here. The fact is that suicide attempters who have not been diagnosed with a mental illness, according to the existing legislation, are not subject to psychiatric dynamic observation. In our opinion, this situation can be resolved as follows. Suicide attempters with diagnosed psychotic disorders should be placed under psychiatric dynamic observation in the psychoneurological dispensary with a mandatory indication of the presence of suicidal risk. Suicide attempters with transient or non-psychotic mental disorders should be monitored by a specialized suicidal service. Such dynamic observation is not psychiatric, but actually suicidological, and is carried out on a voluntary basis. In our opinion, this is a real and effective approach to the prevention of recurrence of SB.

*Psychopharmacotherapy* also takes a certain place in indicative prophylaxis. It is performed when there is clinical evidence. In particular, this applies to depressive disorders, which most often provoke a relapse of SB. Prescribing specific drugs depends on the clinical manifestations of depression.

Summarizing the above information, it should be emphasized that the effectiveness of prevention of SB largely depends on the availability of national, interstate and regional programs for the prevention of sui-

суицидов. Такие программы действуют в настоящее время в большинстве стран Европы. Благодаря этим программам, во многих странах, традиционно отличавшихся высокой частотой суицидов (Финляндия, Швеция, Дания, Германия) в течение относительно непродолжительного времени резко снизилось число самоубийств, и они покинули группу государств с высоким уровнем смертности вследствие суицида [8]. С нашей точки зрения, создание государственных и региональных программ предупреждения самоубийств России способно внести ощутимый вклад в улучшение суицидальной ситуации и снижение частоты суицидов в стране.

Such programs are currently operating in most European countries. Thanks to these programs, in many countries, traditionally characterized by a high frequency of suicides (Finland, Sweden, Denmark, Germany), the number of suicides dropped sharply for a relatively short time, and they left the group of states with a high mortality rate due to suicide [8] From our point of view, the creation of state and regional programs for the prevention of suicides in Russia can make a tangible contribution to improving the suicidal situation and reducing the frequency of suicides in the country.

Литература.

1. Global Health Estimates: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva: World Health Organization, 2018.
2. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2018
3. Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. М.: ООО Издательство "Медицинское информационное агентство", 2019: 600 с. [National Guide to Suicidology / Under the editorship of B. S. Polozhego. M.: LLC Publishing House "Medical Information Agency", 2019: 600 p.] (In Russ)
4. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Носова Е.С. Научная доказательность и экономическое обоснование предупреждения суицидов. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 23-31. [Lyubov E.B., Zotov P.B., Nosova E.S. Evidence-based strategies and economic arguments for a policy of suicide prevention. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 23-31.] (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-23-31
5. Mann J.J., Apter A., Bertolote J., et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005; 294 (16): 2064-2074.
6. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал*. 2010; 4: 55-62. [Polozhiy B. S. Integrative model of suicidal behavior. *Russian Psychiatric Journal*. 2010; 4: 55-62.] (In Russ)
7. Brodsky B.S., Spruch-Feiner A., Stanley B. The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Front. Psychiatry*. 2018; 9: 33.
8. Mittendorfer-Rutz E. Trends of youth suicide in Europe during the 1980s and 1990s – gender differences and implications for prevention. *J Men's Health & Gender*. 2006; 3: 250–257.

## MODERN APPROACHES TO PREVENTIVE SUICIDOLOGY

B.S. Polozhy

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbysky, Moscow, Russia; pbs.moscow@gmail.com

### Abstract:

The article presents a modern classification of prevention of mental disorders developed and approved by WHO. This classification distinguishes 3 types of prevention: universal, focused on the initial prevention of mental disorders and aimed at the entire population. This form corresponds to the previous concept of primary prevention. The next type is selective prophylaxis aimed at risk groups (previously it was not singled out separately). Indicative prophylaxis corresponds to the former concept of tertiary prophylaxis. This classification was first applied by us in relation to the prevention of suicidal behavior. In this aspect, in addition to the terms recommended by WHO, we have additionally introduced another type of prevention – anti-crisis prophylaxis, which means preventing suicidal intentions in individuals that have a high level of suicidal risk due to being in the pre-suicidal and acute post-suicidal periods. The article presents and describes the specific forms of each stage of the prevention of suicidal behavior. Their goals, orientation, types of preventive measures are noted.

**Keywords:** preventive suicidology, suicide, suicidal behavior, prevention, rehabilitation

**Финансирование:** Данное исследование не имело финансовой поддержки.

**Financing:** The study was performed without external funding.

**Конфликт интересов:** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interest:** The author declares no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 14.02.2021. Принята к публикации / Accepted for publication: 27.04.2021.

Для цитирования: Положий Б.С. Современные подходы к превентивной суицидологии. *Суицидология*. 2021; 12 (1): 73-79. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-73-79

For citation: Polozhy B.S. Modern approaches to preventive suicidology. *Suicidology*. 2021; 12 (1): 73-79. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-73-79 (In Russ / Engl)