

«СУИЦИДАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ» КАК ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов

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

"SUICIDAL DISEASE" AS PSYCHIATRIC DIAGNOSIS: SCIENTIFIC AND PRACTICAL RATIONALE

Е.Б. Lyubov, P.B. Zotov

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

Информация об авторах:

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

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы: директор Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии». Адрес: Россия, 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес: note72@yandex.ru

Information about the authors:

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

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

Суицидальное поведение (СП) – неизменно актуальная многодисциплинарная и межведомственная проблема. Расстройство СП (Suicide behavior disorder, далее SBD) введено в Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM-5) «условно»: для дальнейшего изучения и возможного принятия в новые версии классификации психических расстройств. В обзоре приведены доказательства достоверности SBD и обсуждены потенциальные преимущества и ограничения диагноза при некоторых существенных ограничениях; возможные альтернативные дополнения повысят научно-практическую значимость SBD в будущих диагностических системах.

Ключевые слова: суицидальное поведение, DSM-5, критерии, научное обоснование

... уязвимая смертью болезнь?

О. Мандельштам

... a disease vulnerable to death?

O. Mandelstam

Суицидальное поведение (СП) – насущная проблема общества и здравоохранения во всём мире [1].

Жертвами самоубийств ежегодно становятся, по данным Росстата (stat@gks.ru), ~ 20 тысяч россиян при тренде снижения уровней самоубийств в стране и мире [2].

Suicidal behavior (SB) is a pressing social and health problem worldwide [1].

According to Rosstat (stat@gks.ru), ~ 20,000 Russians become victims of suicide every year, with a downward trend in suicide rates in the country and the world [2].

Не менее 2-8% землян совершают попытки суицида в течение жизни. По неуточнённым данным, на каждое самоубийство приходится четыре попытки пожилых, 25 – взрослых и 100-200 – молодых (по градации ВОЗ, 18-44 лет) [3].

Не более 15% эпизодов намеренных самоповреждений фиксируется медицинской статистикой, и даже при налаженном мониторинге соотношение первых к суицидам в одном из регионов России ~ 1:2 [4].

Одним из критериев результативности суицидологического регистра служит временное повышение соотношения количества суицидов к суицидальным попыткам. В Тюменской области – почти втрое с усредненным показателем (2012-2020 гг.) 1:8,8 против изначального 1:5,6 (2012), в отдельные годы до 1:15,3 [5].

Усреднённое соотношение суициды / попытки 1:25 [1], таким образом, ежегодное количество попыток суицида (видимо, фиксируются наиболее тяжёлые, с медико-психологическими последствиями) в России ~ 500 тысяч, или у каждого 200-го в возрасте 14-65 лет.

В DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, пятое издание) [6] и предыдущей версии МКБ-11 (Международная классификация болезней 11 пересмотра),¹ СП упомянуто симптомом депрессивного расстройства (ДР) и пограничного расстройства личности (ПРЛ).

Суицидальное расстройство поведения (Suicidal Behavior Disorder, далее SBD) включено в Раздел III DSM-5 среди восьми «состояний для дальнейшего изучения». Рубрика включает рекомендуемые для дальнейшего изучения расстройства, изучение которых имеет высокий научный потенциал, и выделение вне основных диагностических разделов временно.

Рабочие критерии SBD – результат экспертного согласия специалистов и представителей широкой общественности, включая пациентов и их близких, с опорой на анализ научной литературы.

Для диагноза SBD необходимо соответствие всем пяти следующим критериям с уточнениями-спецификаторами (specifiers): 1) попытка самоубийства за последние 24 месяцев; 2) попытка не соответствует критериям несуйцидального самоповреждения (non-suicidal self-injury, NSSI), по DSM-5; 3) диа-

At least 2-8% of earthlings make suicide attempts during their lifetime. According to unspecified data, for every suicide there are four attempts by the elderly, 25 by adults, and 100–200 by young people (according to WHO gradation, 18–44 years) [3].

No more than 15% of episodes of intentional self-harm are recorded by medical statistics, and even with well-established monitoring, the ratio of first to suicide in one of the regions of Russia is ~ 1:2 [4].

One of the criteria for the effectiveness of the suicide registry is a temporary increase in the ratio of the number of suicides to suicide attempts. In the Tyumen region it reaches almost three times compared to the average indicator (2012-2020) – 1:8.8 against the original 1:5.6 (2012), in some years up to 1:15.3 [5].

Average suicide/attempt ratio 1: 25 [1], thus, the annual number of suicide attempts (apparently, the most severe ones, with medical and psychological consequences) in Russia is ~ 500 thousand, or every 200th at the age of 14-65 years.

In DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) [6] and the previous version of the ICD-11 (International Classification of Diseases 11 Revision),¹ SB is mentioned as a symptom of depressive disorder (DD) and borderline personality disorder (BPD).

Suicidal behavior disorder (Suicidal Behavior Disorder, hereinafter SBD) included in Section III DSM-5 among eight "conditions for further study". The rubric includes disorders recommended for further study, the study of which has a high scientific potential, and temporary allocation outside the main diagnostic sections.

The operating criteria for SBD are the result of expert consensus from experts and members of the general public, including patients and their loved ones, based on an analysis of the scientific literature.

For the diagnosis of SBD, all five of the following criteria must be met with specifiers: 1) suicide attempt in the last 24 months; 2) the attempt does not meet the criteria for non-suicidal self-harm (non-suicidal self-injury, NSSI), according to

¹ Переход на новый классификатор рекомендован ВОЗ с 1 января 2022 г., полное внедрение до 2027 г. / The transition to the new classifier is recommended by WHO from January 1, 2022, full implementation by 2027.

гноз не касается суицидальных мыслей или планирования суицида; 4) попытка не совершена в состоянии изменённого психического сознания как бред или спутанность (delirium или confusion); 5) попытка не предпринята исключительно в политических или религиозных целях.

У диагноза два уточнения: «текущее» расстройство ($\leq 12-24$ месяцев с последней попытки) и «ремиссия» (≥ 24 месяцев после последней попытки).

Попытки самоубийств определены как «самостоятельно предпринятые последовательные действия человека, ожидающего, что они приведут к его (её) смерти» (проще: акт намеренного самоповреждения с явным намерением смерти. *ЕБ*).

Характеристики суицида и попытки (незавершённого суицида) сходны в целеустремленности, преднамеренности, самостоятельности, добровольности, осознанности и планомерности [7, 8].

Термин ВОЗ [1] расплывчат: несмертельное самоповреждение с намерением умереть или без оно, указывая на трудность разграничения суицидальных попыток и несуйцидального самоповреждения, в том числе, исходя из свидетельств оставшегося в живых, «ненадёжного свидетеля». Таков двусмысленный суицид (Litman R., 1961, цит. по Лексикон) «не уверенного», что выживет после намеренного самоповреждения.

Ранжир суицидальных намерений не обязательно соответствует ожидаемой смертности метода попытки самоубийства [8]:

Дева (15), не пущенная на танцы с любимым, в отчаянии глотает две голубенькие пилюли (слабительное) бабушки, желая умереть.

SBD отделено от расстройства NSSI в том же разделе DSM SBD (СП) не смешано с членовредительством в определённых культурах, в формах, время [9, 10].

Надёжность диагноза SBD обоснована рекомендациями по внесению изменений в DSM-V [11, 12].

Факторы риска СП (предшествующий СП валидатор, по Kendler [11]). СП – многофакторный (биопсихосоциальный и духовный) феномен:

... смерть вследствие самоубийства является многогранным событием, в ней всегда имеют место биологические, биохимические, культуральные, социологические, межличностные, интрапсихические, логические, философские, сознательные и бессознательные элементы [13].

Как психическое расстройство, суицидогенез вызван взаимодействующими кумулятивными неспецифическими (?) факторами, запускающими биологические, поведенческие и социальные механизмы

DSM-5; 3) the diagnosis does not concern suicidal thoughts or suicide planning; 4) the attempt was not made in a state of altered mental consciousness as delirium or confusion (delirium or confusion); 5) the attempt is not made solely for political or religious purposes.

The diagnosis has two qualifications: "current" disorder ($\leq 12-24$ months since last attempt) and "remission" (≥ 24 months since last attempt).

Suicide attempts are defined as "self-initiated sequential actions by a person who expects that they will lead to his (her) death" (more simply: an act of intentional self-harm with the clear intention of death. *EB*).

Characteristics of suicide and attempt (incomplete suicide) are similar in purposefulness, intentionality, independence, voluntariness, awareness, and planning [7, 8].

The WHO term [1] is vague: non-fatal self-harm with or without intent to die, indicating the difficulty of distinguishing between suicidal attempts and non-suicidal self-harm, including, based on the testimony of a survivor, an "unreliable witness". Such is the ambiguous suicide (Litman R., 1961, cited in the Lexicon) of the "not sure" that he will survive after intentional self-harm.

The ranking of suicidal intentions does not necessarily correspond to the expected lethality of the suicide attempt method [8]:

A girl (15), not allowed to dance with her beloved, in desperation swallows two blue pills (laxative) of her grandmother, wishing to die.

SBD is separated from the NSSI disorder in the same section of the DSM SBD (SB) is not mixed with self-harm in certain cultures, forms, times [9, 10].

Diagnosis Reliability The SBD is based on recommendations for changes to DSM-V [11, 12].

SB risk factors (prior SB validator, according to Kendler [11]). SB is a multifactorial (biopsychosocial and spiritual) phenomenon:

... death due to suicide is a multifaceted event, it always has biological, biochemical, cultural, sociological, interpersonal, intrapsychic, logical, philosophical, conscious and unconscious elements [13].

As a mental disorder, suicidogenesis is caused by mutually influencing cumulative non-specific (?) factors that trigger biologi-

Систематизированы многообразные факторы риска СП [14, 15, 16].

Факторы риска СП изменчивы в течение жизни и различаются в группах риска.

Семейная агрегация СП. Генетическое влияние на СП показано изучением семей, близнецов и приёмных детей [17, 18] на основе национальных реестров смертей.

Три брата Витгенштейна («Логико-философский трактат») покончили с собой; Людвиг с 10-11 лет подумывал о самоубийстве. Младший же потерял руку, но продолжил профессиональную карьеру пианиста.

Самоубийства вдвое чаще в семьях жертв самоубийств, чем у умерших по иным причинам; у монозиготных близнецов чаще попытки самоубийств и суицидов, чем у дизиготных.

Наследуемость СП зависит отчасти от семейных психических расстройств (как аффективных в четырёх поколениях Хемингуэев) и импульсивности [15].

Однако СП накапливается в семьях и независимо от психопатологии [19, 20]. Наследуемость СП 38-55%; при контроле психических расстройств – 17-36% [15]. Показатели сходны с иными психическими расстройствами (МКБ-10): наследуемость СП у больных ДР ~ 40%.

Несмотря на значимость генетической составляющей СП, нелегко отделить его от эффекта «заражения» (имитации) уязвимых к СП [21, 22].

Социально-демографические (пол, возраст) и культурные (этническая принадлежность, религия, сексуальная ориентация) факторы.

Исходя из «гендерного парадокса» [23], мужчины совершают самоубийства многократно чаще [24, 25], но женщин более среди совершающих попытки [26, 27]. Мужчины чаще выбирают смертоносные средства, как огнестрельное оружие или дефенестрации [28].

SBD в любом возрасте жизни, но попытки редки (как и суициды) до пяти. Частота попыток снижается с возрастом, а пиковый возраст женщин (15-24 лет) меньше мужского (25-34 года), то есть ~ 10 лет меньше усреднённого возраста жертвы суицида обо-его пола [24] (в РФ ~ 40 лет). Таковы же данные по отечественной выборке совершивших суицидальные попытки с тяжёлыми медицинскими последствиями. Временной «лаг» косвенно указывает на суицидальные попытки как предтечу суицида.

Риск СП повышен в отдельных этнических группах [25, 29, 30], как малочисленные народы Севера и Дальнего Востока России [31]; представители

cal, behavioral and social mechanisms

Various risk factors for SB have been systematized [14, 15, 16].

Risk factors for SB are lifelong and vary across risk groups.

Family aggregation SB. Genetic influence on SB has been shown by studying families, twins and adopted children [17, 18] based on national death registries.

Three of Wittgenstein's brothers ("Tractatus Logico-Philosophicus") committed suicide; Ludwig thought about suicide from the age of 10-11. The younger one lost his arm, but continued his professional career as a pianist.

Suicide is twice as common in the families of suicide victims as in those who died of other causes; monozygotic twins are more likely to attempt suicide and suicide than dizygotic twins.

The heritability of SB depends in part on family mental disorders (as affective in four generations of Hemingways) and impulsivity [15].

However, SB accumulates in families and regardless of psychopathology [19, 20]. The heritability of SB is 38-55 %; in the control of mental disorders it reaches 17-36% [15]. The indicators are similar to other mental disorders (ICD-10): the heritability of SB in patients with DR is ~ 40%.

Despite the significance of the genetic component of SB, it is not easy to separate it from the effect of "infection" (imitation) of those vulnerable to SB [21, 22].

Socio-demographic (gender, age) and cultural (ethnicity, religion, sexual orientation) factors.

Based on the "gender paradox" [23], men commit suicide many times more often [24, 25], but women are more among those who make attempts [26, 27]. Men are more likely to choose lethal means like firearms or defenestration [28].

SBD at any age of life, but attempts are rare (as are suicides) up to five. The frequency of attempts decreases with age, and the peak age of women (15-24 years) is less than men's (25-34 years), that is, ~ 10 years less than the average age of a suicide victim of both sexes [24] (in the Russian Federation ~ 40 years). These are the same data for a domestic sample of those who made suicidal attempts with severe medical consequences. The time "lag" indirectly points to

ЛГБТК сообщества [32, 33]. До ½ (43%) взрослых трансгендеров сообщили о попытках самоубийств в течение жизни [34].

Средовые факторы риска. Значимыми долгосрочными факторами риска СП (и депрессии) служат детские невзгоды [15, 16, 24].

Травля, включая кибербуллинг, – особый фактор риска СП подростков [10, 35].

Эпигенетические механизмы опосредуют влияние детских травм на СП [36].

Мощным фактором риска служит доступ к средству самоубийства [37]. Верно и обратное: ограничение доступа к средству суицида – доказанный антисуицидальный фактор [38].

Ближайшие факторы риска (спусковые крючки) СП включают психосоциальные стрессоры (микросоциальный конфликт, по А. Амбрумовой [39]): правонарушения, потеря работы, обнищание, любовная неудача, смерть (СП) значимых лиц [16, 21, 24, 40], обостряемые экономической неопределённостью (рецессией) [41].

Новым-старым фактором риска СП стала очередная пандемия [42, 43].

Возможен дозозависимый эффект: большее количество стрессогенных событий увеличивает риск СП [44].

Психическое расстройство – признанный клинический фактор риска СП [24], особенно депрессивного расстройства (повышает риск до 60 раз) [45, 46, 47]. СП представлено их неблагоприятным следствием.

У большинства (до 90%) жертв самоубийства выявлены (обычно ретроспективно, в ходе психологической аутопсии) психические расстройства [1]. Так, до 98% пытавшихся покончить жизнь самоубийством (европейские данные) соответствуют критериям психического расстройства (большой частью употребление ПАВ, аффективные расстройства и расстройства личности) [48].

Отсутствие психиатрического диагноза у малой части суицидентов объяснено методологическими (культуральными особенностями постановки диагноза) или клиническими ошибками [49, 50].

История психиатрической госпитализации молодых (25%) и пожилых (40%), совершивших попытку самоубийства, увеличивает риск суицида ~ 30 раз.

Основанием госпитализаций служат пожилой возраст, психотические и аффективные расстройства, отсутствие употребления алкоголя перед попыткой,

suicidal attempts as a forerunner of suicide.

The risk of SB is increased in certain ethnic groups [25, 29, 30], such as the small peoples of the North and the Far East of Russia [31]; representatives of the LGBTQ community [32, 33]. Up to ½ (43%) of transgender adults reported a lifetime suicide attempt [34].

Environmental risk factors. Childhood hardships are significant long-term risk factors for SB (and depression) [15, 16, 24].

Bullying, including cyberbullying, is a particular risk factor for adolescent SB [10, 35].

Epigenetic mechanisms mediate the impact of childhood trauma on SB [36].

Access to a means of suicide is a powerful risk factor [37]. The opposite is also true: restriction of access to the means of suicide is a proven anti-suicidal factor [38].

The immediate risk factors (triggers) of SB include psychosocial stressors (microsocial conflict, according to A. Ambrumova [39]): delinquency, job loss, impoverishment, love failure, death (SB) of significant persons [16, 21, 24, 40], exacerbated by economic uncertainty (recession) [41].

Another pandemic has become a new-old risk factor for SP [42, 43].

A dose-dependent effect is possible: a greater number of stressful events increases the risk of SB [44].

Mental disorder is a recognized clinical risk factor for SB [24], especially for depressive disorder (up to 60-fold increased risk) [45, 46, 47]. The SB is represented by their unfavorable consequence.

The majority (up to 90%) of suicide victims were diagnosed (usually retrospectively, during psychological autopsy) with mental disorders [1]. Thus, up to 98% of those who attempted suicide (European data) meet the criteria for a mental disorder (mostly substance use, affective disorders, and personality disorders) [48].

The absence of a psychiatric diagnosis in a small proportion of suicides is explained by methodological (cultural characteristics of the diagnosis) or clinical errors [49, 50].

A history of psychiatric hospitalization in young (25%) and elderly (40%) who attempted suicide increases the risk of suicide ~30-fold.

Hospitalizations are based on the fol-

соматические расстройства и предшествующее психиатрическое лечение. Амбулаторное лечение рекомендовано 20% женщин и мужчин с последующим внебольничным лечением (15%).

При внимании к гендерным аспектам суицидологии выделены более полусотни (68) «мужских» факторов риска СП [51], среди них: употребление / зависимость от психоактивных веществ (ПАВ); одиночество (без своей семьи, разведён, вдовец), диагноз депрессии. Наиболее доказательны 19 социально-демографических факторов, психиатрические расстройства (16 факторов риска), физическая болезнь (13) и неблагоприятные жизненные события / травмы (11), немного психологических факторов (6) и особенностей СП (3) [52].

У женщин суицидальные попытки тесно связаны с депрессивными расстройствами; расстройства, связанные с употреблением ПАВ чаще у мужчин. Частота суицидальных попыток выше у женщин, одиноких, овдовевших или разведённых. С возрастом риск попыток снижается. Наиболее распространены самоотравление, затем самопорезы.

Увы, у факторов риска СП относительная предиктивная сила [52]. СП может произойти и при отсутствии факторов, но их значимость усилена учётом как можно большего числа потенцируемых факторов. Возможны синергический эффект факторов, их взаимодействие, изменчивости на протяжении жизни.

Среди госпитализированных в отечественные многопрофильные стационары в связи с медицинскими последствиями суицидальных попыток не более 1/3 наблюдались психиатрами. СП – необязательный аспект конкретной нозографической единицы [53, 54]. Импульсивность (часто при ПРЛ или зависимости от ПАВ) и возбуждение (часто при посттравматическом стрессовом расстройстве) коррелируют с СП. Большинство депрессивных не склонны к СП. Около 1/3 больных биполярным расстройством (БАР) сообщают о попытках самоубийства в течение жизни [55], и большинство совершивших попытки суицида, не страдают ДР или ПРЛ [56, 57]. Связь ДР и ПРЛ с попытками самоубийства сходит на нет при контроле предыдущих попыток [58].

Сомато-неврологические болезни [59, 60, 61], особо связанные с хроническим болевым синдромом и ограничениями повседневного функционирования. Хроническая боль и неизлечимые или хронические заболевания, вызывающие ухудшение и потерю физических способностей, могут сопутствовать SBD.

lowing factors: elderly age, psychotic and affective disorders, lack of alcohol before the attempt, somatic disorders and previous psychiatric treatment. Outpatient treatment is recommended by 20% of women and men, followed by community treatment (15%).

When paying attention to the gender aspects of suicidology, more than fifty (68) “male” risk factors for SB have been identified [51], among them: use/addiction to psychoactive substances (PS); loneliness (living without family, divorced, widower), diagnosed depression. The most evidence-based are 19 socio-demographic factors, psychiatric disorders (16 risk factors), physical illness (13) and adverse life events/injuries (11), few psychological factors (6) and features of SB (3) [52].

In women, suicidal attempts are closely associated with depressive disorders; Substance abuse disorders are more common in men. The frequency of suicide attempts is higher in women who are single, widowed or divorced. With age, the risk of trying decreases. The most common methods are self-poisoning, then self-cutting.

Alas, risk factors for SB have relative predictive power [52]. SP can also occur in the absence of factors, but their significance is enhanced by taking into account as many potential factors as possible. Possible synergistic effect of factors, their interaction, variability throughout life.

Among those hospitalized in domestic multidisciplinary hospitals due to the medical consequences of suicidal attempts, no more than 1/3 were observed by psychiatrists. SB is an optional aspect of a particular nosographic unit [53, 54]. Impulsivity (often in BPD or substance addiction) and excitement (often in post-traumatic stress disorder) correlate with SB. Most depressed patients are not prone to SB. About 1/3 of patients with bipolar disorder (BD) report suicide attempts during their lifetime [55], and the majority of those who attempted suicide do not suffer from DR or BPD [56, 57]. The association of DR and BPD with suicide attempts vanishes when previous attempts are controlled for [58].

Somato-neurological diseases [59, 60, 61], especially associated with chronic pain syndrome and limitations of daily functioning. Chronic pain and incurable or chronic diseases that cause deterioration and loss of

Коморбидность – скорее, правило психических расстройств. Большинство (~80%) психических расстройств протекают с сопутствующей психиатрической патологией [62], что не исключает нейроанатомических различий. SBD можно рассматривать как отдельное расстройство при частой коморбидности.

Суицидальная predisposition, по А.Г. Амбрумовой [39], или «сопутствующие валидаторы» [11] сигнализируют о риске СП: когнитивные, эмоциональные (ажитация, агрессия, импульсивность) и личностные (пограничные, нарциссические или диссоциальные) нарушения.

Безнадёжность и пессимизм [63] связаны с СП и при контроле депрессии. Импульсивность и агрессивность [25, 63, 64], перфекционизм, невротизм связаны с СП [65, 66].

Суициденты выявляют когнитивные расстройства (ригидность, снижение навыков решения типовых проблем) [67].

Биологические факторы (биомаркеры) в основе патофизиологии СП определены повышенной уязвимостью к неблагоприятным психосоциальным событиям (диатез) и представлены дисфункцией серотонинергической (5-НТ) и гиперактивностью норадренергической нейромедиаторных систем; гиперактивностью гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, иммунной системы, липидного обмена (генетический и эпигенетический уровни). Показаны посмертные и нейровизуализационные изменения структур головного мозга [68, 69, 70]. Однако причинно-следственная связь более сложна, чем нейроанатомические вариации.

Течение SBD учтено временными диагностическими критериями и отражает долгосрочный риск рецидивов СП.

Течение характеризуется значительной изменчивостью частоты, методов и смертности попыток, что свойственно и другим расстройствам DSM-5. Однако суициденты используют сходные методы [71, 72], подразумевая внутриличностную согласованность течения SBD.

Эффект лечения. Новый диагноз (SBD) «вреден или бесполезен» без доказательно результативных методов лечения [11] и профилактики, снижающих риск СП и самоповреждений [15, 24]. В DSM-5 не указаны варианты лечения SBD. Адекватное преемственное наблюдение имеет решающее значение для эффективного лечения и предотвращения рецидива СП. Доля молодых, пытающихся покончить жизнь самоубийством без последующей помощи ≥

physical abilities may accompany SBD.

Comorbidity is more associated with mental disorders. Most (~80%) mental disorders occur with comorbid psychiatric pathology [62], which does not exclude neuroanatomical differences. SBD can be considered as a separate disorder with frequent comorbidity.

Suicidal predisposition, according to A.G. Ambrumova [39], or "concomitant validators" [11] signal the risk of SB: cognitive, emotional (agitation, aggression, impulsiveness) and personality (borderline, narcissistic or dissociative) disorders.

Hopelessness and pessimism [63] are associated with SB and depression control. Impulsivity and aggressiveness [25, 63, 64], perfectionism, neuroticism are associated with SB [65, 66].

Suicides reveal cognitive disorders (rigidity, decreased skills in solving typical problems) [67].

Biological factors (biomarkers) underlying the pathophysiology of SB are determined by increased vulnerability to adverse psychosocial events (diathesis) and are represented by dysfunction of the serotonergic (5-HT) and hyperactivity of the noradrenergic neurotransmitter systems; hyperactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, immune system, lipid metabolism (genetic and epigenetic levels). Post-mortem and neuroimaging changes in brain structures are shown [68, 69, 70]. However, the causal relationship is more complex than the neuroanatomical variations.

The course of SBD is taken into account by temporal diagnostic criteria and reflects the long-term risk of SB recurrences.

With significant variability the course is characterized in the frequency, methods, and mortality of attempts, which is also characteristic of other DSM-5 disorders. However, suicidal people use similar methods [71, 72], implying intrapersonal consistency in the course of SBD.

Treatment effect. The new diagnosis (SBD) is "harmful or useless" without evidence-based treatments [11] and prevention that reduce the risk of SB and self-harm [15, 24]. The DSM-5 does not list treatment options for SBD. Adequate follow-up is critical for effective treatment and prevention of recurrence of SB. Proportion of young people attempting suicide without

55%. Терапия основного психического или физического расстройства может ослабить суицидальные импульсы или улучшить способность справляться с источником дистресса. Побуждение к надежде помогает пациенту найти «причины жить», а не стремиться к саморазрушению.

Риск СП снижен при лечении клозапином [73] больных шизофренией и солями лития, причём его антисуицидальный эффект не связан со стабилизацией аффективного фона [74]. Антидепрессанты не обязательно уменьшают риск СП [75, 76]: у ДР и СП различные нейробиологические последствия. При тяжёлой (особо психотической) депрессии с актуальным риском СП показана электросудорожная терапия [77]. Определённые виды психотерапии показаны суицидентам [78, 79], указывая некую специфичность лечения SBD.

Среди защитных факторов социальная (формальная и неформальная) поддержка и терапевтический контакт. Возможно снижение риска рецидивов СП в рамках SBD при сочетанном (желательно) психотерапевтическом и лекарственном лечении; регулярном преемственном наблюдении [80, 81, 82]. Психотерапия депрессии, возможно, непосредственно не влияет на СП [75], если безнадежность непосредственно не связана с ДР.

Неизменность диагноза связана с динамикой и надёжностью оценки SBD. Высокая диагностическая стабильность на индивидуальном уровне определена дихотомической оценкой СП в течение двух лет.

Сильнейшим предиктором попытки самоубийства служит попытка самоубийства в прошлом [1, 83].

DSM-5 не указывает распространённость SBD. Документированным предиктором СП служит попытка самоубийства в прошлом, но, как и при иных психических расстройствах, течение SBD изменчиво. Некоторые совершают единственную попытку самоубийства, другие – многократные («суицидоманы») или гибнут в результате самоубийства.

Попытки, особо при выборе brutального способа, малой доступности психиатрического лечения, разводе и безработице, служат сильным фактором риска рецидива в течение года у 20% европейских суицидентов (у подростков – до 25%), причём за 2-7 лет – у менее 30% [48]. То есть рецидивы чаще в первый год после предыдущей попытки и затем риск идёт на спад. У повторных попыток риск последующих увеличен вдвое по сравнению с однократной

follow-up care $\geq 55\%$. Treatment of the underlying mental or physical disorder may reduce suicidal impulses or improve the ability to cope with a source of distress. The impulse to hope helps the patient find "reasons to live" rather than seek self-destruction.

The risk of SB is reduced in the treatment of patients with schizophrenia with clozapine [73] and lithium salts, and its anti-suicidal effect is not associated with the stabilization of the affective background [74]. Antidepressants do not necessarily reduce the risk of SB [75, 76]: DR and SB have different neurobiological consequences. In severe (especially psychotic) depression with an actual risk of SB, electroconvulsive therapy is indicated [77]. Certain types of psychotherapy are indicated for suicidal people [78, 79], indicating some specificity in the treatment of SBD.

Among the protective factors are social (formal and informal) support and therapeutic contact. It is possible to reduce the risk of recurrence of SB within SBD with combined (preferably) psychotherapeutic and drug treatment; regular successive observation [80, 81, 82]. Psychotherapy for depression may not directly affect SB [75] unless hopelessness is directly related to DR.

Invariance of the diagnosis is related to the dynamics and reliability of the estimate SBD. High diagnostic stability at the individual level was determined by a dichotomous assessment of SB for two years.

The strongest predictor of a suicide attempt is a previous suicide attempt [1, 83].

DSM-5 does not indicate the prevalence of SBD. A past suicide attempt is a documented predictor of SB, but as with other psychiatric disorders, the course of SBD is variable. Some make a single suicide attempt, others multiple ("suicide addicts") or die as a result of suicide.

Attempts, especially when choosing a brutal method, low availability of psychiatric treatment, divorce and unemployment, are a strong risk factor for relapse within a year in 20% of European suicides (in adolescents – up to 25%), and in 2-7 years – in less than 30% [48]. That is, relapses are more frequent in the first year after the previous attempt and then the risk declines. Repeated trials have twice the risk of subsequent trials compared to single trials [84].

[84].

Попытка и самоубийство – значительно пересекающиеся явления. За четыре года после попытки умирают 10% (в 60% – от суицида), что вчетверо чаще, чем в населении; почти 1/3 совершают повторные попытки.

Попытка служит сильнейшим фактором риска самоубийства $\geq 40\%$ случаев, особо у мужчин. После попытки 1-6% совершают самоубийства в течение первого года, за 9-19 лет примерно столько же – до 5%; среди погибших, неудивительно, почти вдвое больше (8%) мужчин. Видимо, риск суицидов точнее прогнозировать по суицидальной истории у молодых мужчин [48].

Около $\frac{1}{2}$ жертв самоубийств совершали ранее самоповреждения [85].

Риск самоубийства повышен в 30-100 раз в течение года после самоповреждения и сохранён десятилетиями ($\frac{2}{3}$ в первые 15 лет) после первой попытки [86]. Так, 20 [87] – 90% [88] (разброс данных указывает методологические проблемы и разнородность выборок) совершивших попытку повторяют её. Около $\frac{1}{2}$ впервые осмотренных клиницистом в связи с суицидальной попыткой, ранее совершали не менее одной. Риск погибнуть от суицида в 100 раз выше у совершивших ранее попытку, но большинство её не повторяют. Многократные эпизоды самоповреждений увеличивают риск самоубийства, но необходимо подтверждение закономерностей [10].

Риск смертельной попытки наибольший сразу после предыдущей. После суицидальной попытки 3% погибают от суицида в течение года, 9% – пяти лет, затем $\sim 11\%$ [89, 90]. Временное «окно» как критерий SBD означает наибольший риск повторной попытки [87, 88, 91]. Четверть обратившихся в отделение неотложной помощи вслед за попыткой самоубийства повторяли её в ближайшие 90 дней [82].

Самоповреждения служат распространённой причиной госпитализаций. Особо высок риск СП по выписке из психиатрической больницы, особо – в течение 1-2 лет [92, 93]. Каждый шестой повторит самоповреждение в течение года по выписке [94].

Не менее 12-25% суицидентов после тяжёлой попытки регоспитализированы в течение года [95]. Риск и частота рецидивов СП зависят от возраста, пола, диагноза и тяжести последствий предыдущей попытки [83, 88, 96]. Так, повторы СП часты при личностных расстройствах (асоциальные, пограничные) и злоупотребляющих ПАВ [88, 97], $\geq 1\%$ погибли вследствие суицида [88]. Депрессия у 1/3 по-

Attempt and suicide are significantly overlapping phenomena. In four years after the attempt, 10% die (in 60% - from suicide), which is four times more likely than in the population; almost 1/3 make repeated attempts.

Attempt is the strongest risk factor for suicide in $\geq 40\%$ of cases, especially in men. After an attempt, 1-6 % commit suicide during the first year, for 9-19 years, about the same – up to 5%; among the dead, unsurprisingly, there are almost twice as many (8%) men. Apparently, the risk of suicide is more accurately predicted by the suicidal history in young men [48].

About $\frac{1}{2}$ of suicide victims have previously committed self-harm [85].

The risk of suicide is increased 30-100 times within a year after self-harm and persists for decades ($\frac{2}{3}$ in the first 15 years) after the first attempt [86]. So, 20 [87] to 90% [88] (the scatter of data indicates methodological problems and heterogeneity of samples) who made an attempt repeat it. About $\frac{1}{2}$ first seen by a clinician in connection with a suicide attempt had previously made at least one. Those who have attempted suicide are 100 times more likely to die from suicide, but most do not repeat it. Repeated episodes of self-harm increase the risk of suicide, but patterns need to be confirmed [10].

The risk of a fatal attempt is greatest immediately after the previous one. After a suicide attempt, 3% die from suicide within a year, 9% – five years, then $\sim 11\%$ [89, 90]. The time window as a criterion for SBD means the greatest risk of retry [87, 88, 91]. A quarter of those who came to the emergency department after a suicide attempt repeated it in the next 90 days [82].

Self-harm is a common cause of hospitalizations. The risk of SB upon discharge from a psychiatric hospital is especially high, especially within 1–2 years [92, 93]. One in six will repeat self-harm within a year of discharge [94].

At least 12-25 % of suicides after a severe attempt are rehospitalized within a year [95]. The risk and frequency of recurrence of SB depend on age, gender, diagnosis, and the severity of the consequences of the previous attempt [83, 88, 96]. Thus, repetitions of SB are frequent in personality disorders (asocial, borderline) and substance abusers

вторивших попытку в течение месяца по психиатрической выписке [97].

Самооценка до 1/2 выписываемых больных из психиатрического стационара указывают на депрессию, риск СП и отказ от поддерживающего лечения [98].

Надёжность диагноза связана с его стабильностью [99].

SBD соответствует критериям психического диагноза без патологизации варианта нормального поведения.

Психическое расстройство [100] как «поведенческий или психологический синдром» вызывает «клинически значимый дистресс (болезненный симптом) и / или нарушение в одной или нескольких важных областях функционирования» [11]. Согласно МКБ-10, под психическим расстройством понимают перечень клинически значимых симптомов или поведенческих признаков, обычно причиняющих страдание и препятствующих функционированию личности. В МКБ 11 «Симптомы вызывают дистресс или нарушения в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования».

СП не обязательно сочетано с диагностированной психопатологией, но всегда связано с дистрессом и «подпороговыми» (субсиндромальными) психическими расстройствами. Попытки самоубийства спровоцированы жизненными неблагоприятными обстоятельствами (микросоциальный конфликт по А. Амбрумовой), изнурительным / неизлечимым телесным недугом или денежными затруднениями [101, 102]. Большинство людей сталкиваются с тяготами жизни («для веселия планета наша мало оборудована». В. Маяковский), не приводящими к СП, но возможны мысли о самоубийстве в контексте актуального «клинически значимого дистресса», пусть и психологически объяснимого.

СП ограничивает временно или постоянно функционирование, учитывая прямое негативное влияние на функционирование и медицинские последствия в виде смерти или травмы.

Клиническая полезность (потребность) SBD – в разработке стандартизированной суицидологической номенклатуры, способствующей улучшению выявления и лечения пациентов группы риска и информирования клиницистов [80, 103].

Многие (24-66%) пациенты в течение года до самоубийств обращались к психиатру [104, 105, 106]. При этом медработники недостаточно обучены

[88, 97], $\geq 1\%$ died due to suicide [88]. Depression in 1/3 of those who repeated the attempt within a month of psychiatric discharge [97].

Self-assessment of up to 1/2 of discharged patients from a psychiatric hospital indicates depression, risk of SB, and refusal of maintenance treatment [98].

Diagnosis Reliability is related to its stability [99].

SBD meets the criteria for a psychiatric diagnosis without pathologizing a variant of normal behavior.

Mental disorder [100] as a “behavioral or psychological syndrome” causes “clinically significant distress and/or impairment in one or more important areas of functioning” [11]. According to ICD-10, a mental disorder is understood as a list of clinically significant symptoms or behavioral signs that usually cause suffering and interfere with the functioning of the individual. In ICD 11, “Symptoms cause distress or impairment in personal, family, social, educational, professional and other important areas of functioning.”

SB is not necessarily associated with diagnosed psychopathology but is always associated with distress and “subthreshold” (subsyndromal) mental disorders. Suicide attempts are provoked by unfavorable life circumstances (microsocial conflict according to A. Ambrumova), debilitating / incurable bodily illness or financial difficulties [101, 102]. Most people face the hardships of life (“our planet is not well equipped for fun.” V. Mayakovsky) that do not lead to SB, but thoughts of suicide are possible in the context of actual “clinically significant distress”, albeit psychologically explicable.

The SB restricts temporarily or permanently the functioning, given the direct negative impact on the functioning and medical consequences in the form of death or injury.

Clinical utility SBD (the need for it) lies in the development of a standardized suicidological nomenclature that contributes to improved identification and treatment of patients at risk and informing clinicians [80, 103].

Many (24-66%) patients consulted a psychiatrist within a year before committing suicide [104, 105, 106]. At the same time, healthcare workers are not sufficiently trained in risk assessment of SB [107, 108].

оценке риска СП [107, 108]. Клиницисты непоследовательно спрашивают пациентов о самоповреждениях [109, 110], порой в уничижительном ключе [103], без учёта этнического [111] и культурального фона; смешивают попытку самоубийства (прерванный суицид) и несуйцидальные самоповреждения, поразному прогнозирующие риск СП [112, 113]. Путаница снижает возможности кризисной помощи [49, 114].

Без общепринятых руководств или стандартизированных измерений оценки СП клиницистами различаются. Пункты шкал о СП без его определения приводят к неверному пониманию вопроса [49, 115].

Если пациент отрицает депрессивное настроение при полуструктурированной оценке, клиницист, возможно, не заинтересуется СП; если не сообщит о нарушении контроля эмоций и межличностных трудностях – может не спросить о самоповреждениях. Находящиеся в группе риска суйцидальной попытки могут быть упущены. Сведения о СП и его риске теряются в выписном эпикризе [116].

Персонал, включая клинических психологов, ординаторов и медсестер, недоверчив к обучению [107, 117]. Однако и сообщающие об обучении оценке риска самоубийства упускают ключевые вопросы оценки риска [118]. Проблемы решаемы тренингами оценки риска суйцида [119].

Рекомендации легче внедрить при согласованных определении и оценке SBD – улучшит выявление краткосрочного риска повторной попытки. Например, SBD в электронных медицинских записях выделит пациентов с высоким риском СП, требующих повышенного внимания и преемственного лечения [82, 120, 121, 122].

При точной и универсальной оценке СП масштабные проспективные исследования факторов риска станут точнее и многостороннее, высвечивая новые терапевтические цели [122, 123].

SBD расширит возможности целевой помощи в постсуйцидальном периоде, сосредоточив внимание на девиантном поведении без медикализации или стигматизации.

Включение SBD принесёт пользу клинической помощи за счёт лучших осведомленности и взаимодействия клиницистов, и повышения вероятности, что пациенты с прошлыми (и возможными будущими) попытками самоубийства будут распознаны и получат лечение в особых программах, как происходит (должно происходить) с больными ПРЛ и зависимыми от ПАВ (также мишеней стигматизации).

Clinicians inconsistently ask patients about self-harm [109, 110], sometimes in a derogatory manner [103], without regard to ethnic [111] and cultural background; confuse attempted suicide (suicide interruption) and non-suicidal self-harm, which predict the risk of SB in different ways [112, 113]. Confusion reduces the possibility of crisis assistance [49, 114].

Without generally accepted guidelines or standardized measurements, clinician estimates of SB vary. Points of scales about SB without its definition lead to an incorrect understanding of the issue [49, 115].

If the patient denies depressive mood on a semi-structured assessment, the clinician may not ask about SB; if he doesn't report impaired emotional control and interpersonal difficulties, he may not ask about self-harm. Those at risk of a suicide attempt may be missed. Information about SB and its risk is lost in the discharge summary [116].

Staff, including clinical psychologists, residents, and nurses, are distrustful of training [107, 117]. However, those who report learning to assess suicide risk miss the key questions of risk assessment [118]. Problems are solved by training in assessing the risk of suicide [119].

Recommendations are easier to implement with consistent SBD definition and evaluation – will improve identification of short-term retry risk. For example, SBD in electronic health records will highlight patients at high risk of SB requiring increased attention and successive care [82, 120, 121, 122].

With an accurate and universal assessment of SB, large prospective studies of risk factors will become more accurate and versatile, highlighting new therapeutic targets [122, 123].

SBD will expand targeted post-suicidal care by focusing on deviant behavior without medicalization or stigmatization.

The inclusion of SBD will benefit clinical care through better clinician awareness and engagement, and increased likelihood that patients with past (and potential future) suicide attempts will be recognized and treated in specific programs, as is (should) be the case with BPD patients and addicts. Surfactants (also targets of stigmatization).

Potential harm. Psychiatry is increasingly turning public health problems

Потенциальный вред. Психиатрия всё чаще превращает проблемы общественного здоровья (как СП, зависимость от азартных игр в интернете, употребление ПАВ) в расстройства, что упрощает поведение. SBD – не единственное поведенческое расстройство в МКБ или DSM, а не типичный синдром или совокупность сопутствующих симптомов.

СП возможно и типично вне психических расстройств в ответ на интенсивные социальные дистрессы [102, 124] и в контексте психического расстройства, вследствие острого психосоциального дистресса (неблагоприятными жизненными обстоятельствами), то есть эмоциональной реакцией на экстремальные обстоятельства «практически здоровых», составляющих большинство суицидентов, по А. Амбрумовой. Причём суицидальный кризис выходит за рамки «нормального реагирования».

Не все психически больные склонны к СП, и, важнее, не каждый суицидент – психически или диагностирован как психически больной.

Весомы аргументы за и против смерти или самоубийства при содействии врача в контексте неизлечимой болезни или пожизненной инвалидности [125, 126].

Чрезмерная медикализация (патологизация) СП [127] ведёт к стигматизации совершающих суицидальные и несуйцидальные [128] самоповреждения.

Диагноз SBD может ограничить выбор суицидентами медицинской помощи, увеличить ответственность психиатров и количество судебных исков. SBD увеличит затраты времени на клиническую оценку СП, что окупится и (большой частью) вне медицинской матрицы. Пока доказательства вреда медикализации и чрезмерной диагностики в психиатрии ограничены [129].

Перспективы. Предстоит всесторонняя оценка баланса преимуществ и недостатков дополнительного диагноза DSM и МКБ на основе современной базы данных и целевых исследований. У SBD проблемы надёжности и клинической полезности. Рабочие критерии акцентированы на внешнюю форму СП. Однако опция «ремиссии СП» более двух лет позволяет не потерять суицидента с учетом долговременного (пожизненного?) риска СП.

Необходимо уточнение показателей коморбидности SBD.

Популяционные исследования СП с опорой на базы медицинских данных на местном и федеральном уровнях позволят выявить новые (уточняют новые-старые) предикторы риска СП.

(like SB, online gambling addiction, substance use) into disorders that simplify behavior. SBD is not the only behavioral disorder in the ICD or DSM, and is not a typical syndrome or constellation of associated symptoms.

SB is possible and typically outside of mental disorders in response to intense social distress [102, 124] and in the context of a mental disorder due to acute psychosocial distress (adverse life circumstances), that is, an emotional reaction to extreme circumstances of “practically healthy” who make up the majority of suicides, according to A. Ambrumova. Moreover, the suicidal crisis goes beyond the “normal response”.

Not all mental patients are prone to SB, and, more importantly, not every suicidal person is mentally ill or diagnosed as mentally ill.

There are weighty arguments for and against physician-assisted death or suicide in the context of a terminal illness or lifelong disability [125, 126].

Excessive medicalization (pathologization) of SB [127] leads to stigmatization of those committing suicidal and non-suicidal [128] self-harm.

The diagnosis of SBD may limit suicidal choices of medical care, increase the liability of psychiatrists, and increase the number of lawsuits. SBD will increase the time spent on clinical assessment of SB, which will pay off and (mostly) outside the medical matrix. So far, evidence for the harms of medicalization and overdiagnosis in psychiatry is limited [129].

Perspectives. A comprehensive assessment of the balance of advantages and disadvantages of the additional diagnosis of DSM and KSD based on a modern database and case studies remains to be done. SBD has issues of reliability and clinical usefulness. Working criteria are focused on the external form of SB. However, the option of “remission of SB” for more than two years allows not to lose a suicidal person, taking into account the long-term (lifelong?) risk of SB.

It is necessary to clarify the indicators of SBD comorbidity.

Population-based studies of SB based on medical databases at the local and federal levels will identify new (refine new-old) risk predictors of SB.

Сегодня DSM-5 оказывает медвежью услугу исследователям, «полу-включением» СП. Необходимы исследования диагностической стабильности SBD, пока же экстраполируем данные о «постоянстве» СП.

Выявление генетических маркеров и биологических связей с СП и NSSI, областей «суицидального мозга», лучшее понимание факторов риска СП и NSSI (как когнитивных и личностных предикторов) с учётом гендерных различий улучшат диагностику и повысят результативность индивидуализированных лечебно-профилактических программ.

Клиника ожидает валидации диагностических шкал (как SITBI и C-SSRS) в отечественных выборках. Пока же SBD охватывает только пытавшихся покончить с собой, не способствуя предотвращению гибели во время первой попытки.

Один из факторов малой эффективности предикторов связан с тем, насколько хорошо они идентифицированы и отслежены в историях болезни. Если нет признаков ДР и / или ППЛ, пациент не сообщает о СП, у клинициста нет места (и времени) для выявления СП в прошлом. Надёжность оценки СП проблематична. На вопрос «Когда-то пытались покончить с собой?», ответы часто неточны [130, 131, 132]. Важная информация может быть упущена. Больницы с надёжными методами документирования риска самоубийства могут структурировать медицинские записи, чтобы данные регистрировались, но в менее структурированных учреждениях риск не выявления СП значителен.

При ограниченных исследованиях SBD, изучение СП обширно и применено к пониманию SBD. Рабочие критерии обеспечивают полезное начало исследований расстройства, но могут и должны быть уточнены.

Критерии SBD *следует* переформулировать [133]: 1) наличие суицидальных мыслей / намерений в последние две недели (СП среди других симптомов); 2) другие симптомы, связанные с СП (психическое расстройство, безнадежность, агитация) за последние две недели; 3) исключены суицидальные мысли и поведение, санкционированные обществом/культурой. Предложены спецификаторы для нескольких попыток или попытки в прошлом месяце.

Альтернативное предложение SBD устраняет ряд ограничений, в большей степени согласно с переходом суицидологии к объективу, ориентированному на профилактику. Предложены два «пресуицидальных» расстройства: острое суицидальное аффек-

Today, DSM -5 does a disservice to researchers by "semi-inclusion" of SB. Studies of the diagnostic stability of SBD are needed, but for now, we extrapolate data on the "permanence" of SB.

Identification of genetic markers and biological links with SB and NSSI, areas of the "suicidal brain", a better understanding of risk factors for SB and NSSI (as cognitive and personality predictors), taking into account gender differences, will improve diagnosis and increase the effectiveness of individualized treatment and prevention programs.

The clinic is waiting for the validation of diagnostic scales (like SITBI and C-SSRS) in domestic samples. So far, SBD only covers those who attempted suicide, without contributing to the prevention of death during the first attempt.

One factor in the poor performance of predictors has to do with how well they are identified and tracked in case histories. If there are no signs of DR and/or BPD, the patient does not report SB, there is no place (and time) for the clinician to identify past SB. The reliability of the SB estimate is problematic. To the question "Have you ever tried to commit suicide?", the answers are often inaccurate [130, 131, 132]. Important information may be missed. Hospitals with good methods for documenting suicide risk may structure medical records so that data is recorded, but in less structured settings the risk of not detecting SB is significant.

With limited research on SBD, the study of SB is extensive and applied to the understanding of SBD. The performance criteria provide a useful start to research on the disorder, but can and should be refined.

SBD Criteria *should be* reformulated [133]: 1) the presence of suicidal thoughts/intentions in the last two weeks (SB among other symptoms); 2) other symptoms associated with SB (mental distress, hopelessness, agitation) in the last two weeks; 3) suicidal thoughts and behaviors sanctioned by society/culture are excluded. Suggested specifiers for multiple attempts or last month's attempt.

SBD alternative proposal removes a number of limitations, more in line with the transition of suicidology to a prevention-oriented lens. Two "pre-suicidal" disorders

тивное расстройство (ASAD) и синдром суицидального кризиса (SCS), включающие разные симптомы, но подчёркивающие диагностические критерии, могущие помочь клиницистам идентифицировать пациентов, наиболее подверженных риску самоубийства во время клинического контакта. Критерии ASAD включают четыре основных признака: резкое усиление суицидальных намерений, социальное отчуждение (самоизоляция), безнадежность и чрезмерное возбуждение (бессонница, раздражительность или возбуждение). Первоначальные исследования демонстрируют обоснованность, надёжность и полезность ASAD [56, 134].

SCS включает пять основных компонентов: ощущение ловушки, аффективное расстройство, потерю когнитивного контроля, перевозбуждение и социальную изоляцию [135, 136].

Помимо выделения группы риска без суицидального анамнеза, улучшена оценка риска самоубийства, изменчивого в режиме реального времени в связи с быстрыми изменениями психического состояния. Включение ASAD или SCS в DSM в ожидании дальнейших исследований обеспечит и другие клинические преимущества SBD без некоторых из вышеупомянутых ограничений.

В связи с изменением диагностических подходов, внедрением новых классификаций и диагностических категорий актуально выделение дискриминирующих (сущностных – неотъемлемого свойства; максимально специфичных), облигатных и факультативных симптомов и синдромов, уточнение границ СП в рамках межнациональной номенклатуры, пригодной для медицинской документации и целям вторичной и третичной профилактики.

Учитывая низкую надёжность оценки СП, рекомендованы широкомасштабные проспективные исследования для укрепления надёжности оценок SBD.

Повышено внимание к нейробиологической основе СП. Исследования биомаркеров в зачаточном состоянии, но многообещающие.

Мало известно о распространённости NSSI в клинических и неклинических выборках, долгосрочном течении (изменчивости) при увеличении риска в подростковом возрасте, особо депрессивных дев. Малоизвестны динамические взаимосвязи NSSI и SBD.

Ограничения. В разделе МКБ-11 не найдём прогресса по сравнению с предыдущей версией как свидетельство запутанности регистрации и диагностики СП. В главе 24 диагностические категории

have been proposed, Acute Suicidal Affective Disorder (ASAD) and Suicidal Crisis Syndrome (SCS), which include different symptoms but emphasize diagnostic criteria that may help clinicians identify patients most at risk of suicide during clinical contact. ASAD criteria include four main features: a sharp increase in suicidal intent, social withdrawal (self-isolation), hopelessness, and excessive arousal (insomnia, irritability, or arousal). Initial studies demonstrate the validity, reliability, and usefulness of ASAD [56, 134].

SCS includes five main components: feeling trapped, affective disorder, loss of cognitive control, overexcitation, and social isolation [135, 136].

In addition to identifying a risk group without a history of suicide, an improved assessment of the risk of suicide, which is variable in real time due to rapid changes in mental state. The inclusion of ASAD or SCS in the DSM, pending further research, would provide other clinical benefits of SBD without some of the aforementioned limitations.

In connection with the change in diagnostic approaches, the introduction of new classifications and diagnostic categories, it is important to single out discriminating (essential of an integral property; as specific as possible), obligate and optional symptoms and syndromes, clarify the boundaries of the SB within the framework of an international nomenclature suitable for medical documentation and the purposes of secondary and tertiary prevention.

Given the low reliability of SB estimates, large-scale prospective studies are recommended to strengthen the reliability of SBD estimates.

Increased attention to the neurobiological basis of SB. Biomarker research is in its infancy but promising.

Little is known about the prevalence of NSSI in clinical and non-clinical samples, long-term course (variability) with increased risk in adolescence, particularly depressed virgins. Little is known about the dynamic relationship between NSSI and SBD.

Restrictions. In the ICD-11 section, we will not find progress compared to the previous version as evidence of the complexity of registering and diagnosing joint ventures. In Chapter 24, the diagnostic cate-

указаны без уточнения преднамеренности: «повреждение может исходить от пострадавшего и/или его (её) окружения». При этом выделены преднамеренные повреждения, среди которых в одном ряду упомянуты употребление ПАВ, членовредительство, самоубийство. Порез запястья классифицирован в Главах 22 («NC52 Открытая рана запястья или руки» или 23 («PC53 Преднамеренное членовредительство в результате пореза или прокола острым предметом» или в обеих. В повседневной практике (приёмного покоя многопрофильной больницы) врачи запишут самоповреждение согласно клинической картине и месту поражения; установление преднамеренности эпизода не имело первостепенного значения. Очевидный клинический знак (обычно физический) регистрируется в ущерб эмоциональному (психологическому) и происхождению травмы. Верится, на ранних этапах внедрения МКБ-11 потенциальному источнику ошибок в учёте СП будет уделено внимание.

Традиционное различие терминов «самоубийства» и её «попытки (прерванного суицида)» размыто из-за растущего использования смертельных методов и совершенствования неотложной помощи и реанимации. Первый повышает риск смерти при «потенциальной попытке», второй – предотвращает смертельные исходы.

Реальные уровни СП неизвестны, поскольку попытки скрыты и отрицаются.

Основная проблема SBD в сосредоточии на истории СП. Оценка риска СП по единственному, пусть весомому, показателю неточна и непоследовательна, что затрудняет выявление группы риска СП без попыток самоубийств. Взаимосвязь суицидальных мыслей как этапа континуума СП и самоубийств (внешняя форма СП) далеко от понимания. МКБ-11 не облегчает различие между ними.

Не учтены суицидальные мысли как внутренние формы СП.

Мысли о суициде утешают бессонными ночами. *А.Шопенгауэр*

При возможной диагностической стабильности (риск рецидива после попытки самоубийства) сохранены вопросы надёжности оценки SBD. Для практических целей в DSM и МКБ полезны валидированная оценка суицидального риска, а не только диагностические критерии SBD.

Заключение

Приоритетом медицинских служб и правительств является более эффективное выявление лиц с

gories are specified without specifying intent: "damage may come from the victim and/or his (her) environment." At the same time, intentional injuries are highlighted, among which the use of psychoactive substances, self-mutilation, and suicide are mentioned in the same row. Wrist cuts are classified in Chapters 22 ("NC52 Open wound of the wrist or hand" or 23 ("PC53 Intentional self-harm resulting from a cut or puncture with a sharp object" or both). the site of the injury; establishing intentionality of the episode was not of paramount importance. An obvious clinical sign (usually physical) is recorded to the detriment of the emotional (psychological) and origin of the injury. It is believed that in the early stages of the implementation of ICD-11, a potential source of error in recording SB will be addressed.

The traditional distinction between the terms "suicide" and her "attempted (interrupted suicide)" is blurred due to the growing use of lethal methods and improvements in emergency care and resuscitation. The first increases the risk of death in a "potential attempt", the second prevents deaths.

The actual SB levels are unknown as attempts are hidden and denied.

The main problem with SBD focusing on the history of SB. The assessment of the risk of SB by a single, albeit significant, indicator is inaccurate and inconsistent, which makes it difficult to identify a risk group for SB without attempting suicide. The relationship between suicidal thoughts as a stage of the SB continuum and suicide (the external form of SB) is far from being understood. ICD-11 does not make it easy to distinguish between the two.

Suicidal thoughts as internal forms of SB are not taken into account.

Thoughts of suicide comfort sleepless nights. *A. Schopenhauer*

With possible diagnostic stability (risk of recurrence after a suicide attempt), questions about the reliability of the SBD assessment remain. For practical purposes, a validated suicidal risk assessment is useful in the DSM and ICD, not just the diagnostic criteria for SBD.

Conclusion

Better identification of individuals at high risk of suicide is a priority for health services and governments. Finding ways to

высоким риском самоубийства. Поиск способов выявления подверженных риску СП – ключевая задача общественного здравоохранения, но исследователи и клиницисты в тупике в стремлении снизить уровень СП стратегиями многоуровневой профилактики. Прогноз СП не лучше случайности, особенно краткосрочного риска. СП по-разному связано с факторами риска, предполагая этиологическую неоднородность. Способность прогноза СП пока немного лучше, чем случайность, хотя внимание уделено вмешательствам по предотвращению СП.

При «наличии отсутствия» эффективного алгоритма прогнозирования СП, улучшенное распознавание и понимание клинических, психологических, социологических и биологических факторов способствует лучшей выявляемости лиц группы высокого риска и выбору эффективных форм и методов и гарантировать надлежащее и своевременное лечение.

При прогнозе самоубийств дополнения в следующих версиях МКБ и DSM улучшат оценку суицидального риска и, следовательно, лечение пациентов в выделенной группе-мишени целевых лечебно-профилактических мероприятий.

Выделение SBD как диагностической единицы, независимой от психических расстройств [137], обосновано и практически полезно [138, 139].

SBD и синдром несуицидальных самоповреждений (Nonsuicidal self-injury disorder) могут быть включены в новые версии МКБ и DSM. Исследования подтвердят достоверность, надёжность, клиническую полезность и этическую обоснованность SBD и альтернативных дополнений в помощь клиницистам принимать наилучшие решения.

SBD соответствует характеристикам психиатрического диагноза (DSM-5). Диагноз достоверен на основании современных доказательных целостных (биопсихосоциальных) данных и стабилен в долгосрочной перспективе со специфическими течением и реакцией на лечение. Соблюдены онтологический (диагноз на протяжении жизни); категориальный / описательный; дименсиональный / измерительный (оценка риска СП и его последствий): согласованные мнения рабочих групп, связь с биологическими и генетическими (?) маркерами; результаты повторных обширных исследований, причём некоторые – «высокого методологического качества») диагностические принципы DSM и МКБ-11. Гибкость диагностики – в учёте изменчивости и относительности (индивидуального уровня функционирования и культурных норм); допускается высокая сочетае-

identify at-risk SB is a key public health challenge, but researchers and clinicians are at a dead end in trying to reduce SB with multilevel prevention strategies. The prognosis of SB is no better than chance, especially short-term risk. SB is associated with risk factors in various ways, suggesting etiological heterogeneity. The ability to predict SB is still slightly better than chance, although attention has been given to interventions to prevent SB.

In the absence of an effective algorithm for predicting SB, improved recognition and understanding of clinical, psychological, sociological and biological factors contributes to better identification of high-risk individuals and the choice of effective forms and methods and guarantee appropriate and timely treatment.

In predicting suicide, additions to future versions of the ICD and DSM will improve the assessment of suicidal risk and therefore the treatment of patients in the selected target group of targeted interventions.

Isolation of SBD as a diagnostic unit independent of mental disorders [137] is justified and practically useful [138, 139].

SBD and Nonsuicidal Self-Injury Syndrome (Nonsuicidal self-injury disorder) may be included in new versions of the ICD and DSM. Research will confirm the validity, reliability, clinical usefulness, and ethical soundness of SBD and alternative supplements to help clinicians make the best decisions.

SBD meets the characteristics of a psychiatric diagnosis (DSM-5). The diagnosis is reliable on the basis of modern evidence-based holistic (biopsychosocial) data and is stable in the long term with a specific course and response to treatment. Complied with ontological (diagnosis throughout life); categorical/descriptive; dimensional / measuring (assessment of the risk of SB and its consequences): agreed opinions of working groups, connection with biological and genetic (?) markers; results of repeated extensive studies, some of which are of "high methodological quality") diagnostic principles of the DSM and ICD-11. Flexibility of diagnostics must take into account variability and relativity (individual level of functioning and cultural norms); high compatibility of disorders is allowed; the importance of reduced functioning is emphasized.

мость расстройств; подчеркнута значимость снижения функционирования.

Рекомендации APA [11] помогут внести дополнения в МКБ. СП, вероятно, выделяют самостоятельной осью, как в DSM-IV оси IV и V, отражающие серьёзность психосоциальных проблем и обобщённую оценку психических, социальных и профессиональных функций человека при обследовании и за последний год. Многоосевой подход способствует лучшему пониманию вклада биологических, психологических и социальных факторов в суицидогенез.

«Легализация» SBD повысит уровень последовательной оценки и лечения СП, улучшит преемственное управление риском СП и обучение профессионалов и добровольцев навыкам суицидологии [140]; облегчит социально-экономическое бремя самоубийств. SBD обеспечит универсальный язык исследователей, психиатров и врачей общей практики.

APA recommendations [11] will help to amend the ICD. SB is likely to be singled out as an independent axis, as in DSM-IV, axes IV and V, reflecting the severity of psychosocial problems and a generalized assessment of the mental, social and professional functions of a person during the examination and over the past year. A multi-axial approach will contribute to a better understanding of the contribution of biological, psychological and social factors to suicidogenesis.

The “legalization” of SBD will increase the level of consistent assessment and treatment of SB, improve the successive risk management of SB, and the training of professionals and volunteers in the skills of suicidology [140]; ease the socio-economic burden of suicide. SBD will provide a universal language for researchers, psychiatrists and general practitioners.

Литература / References:

1. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Всемирная организация здравоохранения, 2014; 96. [Suicide prevention: a global imperative. World Health Organization, 2014; 96.] (In Russ)
2. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *BMJ*. 2019; 364: 194. DOI: 10.1136/bmj.194
3. Stone D.M., Crosby A.E. Suicide Prevention. *Am. J. Lifestyle Med.* 2014; 8 (6): 404-420. DOI: 10.1177/1559827614551130
4. Боев О.И., Бычкова О.Г. Мониторинг преднамеренных самоповреждений как перспективное направление профилактики суицидов. *Общественное здоровье*. 2022; 2 (1): 35-46. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-35-46 [Boev O.I., Bychkova O.G. Monitoring of intentional self-harm as a promising direction of suicide prevention. *Public health*. 2022; 2 (1): 35-46. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-2-1-35-46] (In Russ)
5. Зотов П.Б., Спадерова Н.Н., Рейхерт Л.И., Гарагашева Е.П., Бухна А.Г., Приленский Б.Ю. Суицидальные попытки в Тюмени в 2012–2020 гг.: опыт организации системы выявления и учёта. *Российский психиатрический журнал*. 2021; 5: 14-20. DOI: 10.47877/1560-957X-2021-10502 [Zotov P.B., Spaderova N.N., Reichert L.I., et al. Suicidal attempts in Tyumen in 2012–2020: experience of organizing a system of identification and accounting. *Russian Journal of Psychiatry*. 2021; 5: 14–20.] (In Russ)
6. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
7. Чуприков А.П., Пилигина Г.Я., Войцех В.Ф. Глоссарий суицидологических терминов. Киев, 1999. [Chuprikov A.P., Pilyagina G.Ya., Wojciech V.F. Glossary of suicidal terms. Kiev, 1999.] (In Russ)
8. O'Connor R.C., Nock M.K. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1 (1): 73-85.
9. Зинчук М.С., Аведисова А.С., Гехт А.Б. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска. *Журнал неврологии психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019; 119 (3): 108-119. [Zinchuk M.S., Avedisova A.S., Geht A.B. Non-suicidal self-injurious behavior in non-psychotic mental disorders: epidemiology, social and clinical risk factors. *Journal of Neurology of Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2019; 119 (3): 108 119.] (In Russ)
10. Суицидальные и несуицидальные самоповреждения подростков / Коллективная монография. Под редакцией проф. П.Б. Зотова. Тюмень: Вектор Бук, 2021. 472 с. ISBN 978-5-91409-537-3 [Suicidal and non-suicidal self-harm of adolescents / Collective monography. Edited by Prof. P.B. Zotov. Tyumen: Vector Book, 2021. 472 p. ISBN 978-5-91409-537-3] (In Russ)
11. Kendler K., Kupfer D., Narrow W., et al. Guidelines for Making Changes to DSM-V Revised 10/21/09. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2009.
12. Regier D.A., Kuhl E.A., Kupfer D.J. The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013; 12: 92-98.
13. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. [Shneidman E. The soul of a suicide. M.: Sense, 2001.] (In Russ)
14. Franklin J.C., Ribeiro J.D., Fox K.R., et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychol. Bull.* 2017; 143: 187-232. DOI: 10.1037/bul0000084
15. Turecki G., Brent D.A. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016; 387: 1227-1239. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
16. O'Connor R.C., Nock M.K. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 2014; 1: 73–85. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6
17. Mirkovic B., Laurent C., Podlipski M.A., et al. Genetic Association Studies of Suicidal Behavior: A Review of the Past 10 Years, Progress, Limitations, and Future Direc-

- tions. *Front Psychiatry*. 2016; 7: 158. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00158
18. Sokolowski M., Wasserman J., Wasserman D. An overview of the neurobiology of suicidal behaviors as one meta-system. *Mol. Psychiatry*. 2015; 20: 56-71. DOI: 10.1038/mp.2014.101
19. Qin P., Agerbo E., Mortensen P.B. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002; 360: 1126-1130.
20. Runeson B., Åsberg M. Family history of suicide among suicide victims. *Am J Psychiatry*. 2003; 60: 1525-1526. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.8.1525
21. Haw C., Hawton K., Niedzwiedz C., Platt S. Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms. *Suicide Life Threat Behav*. 2013; 43: 97-108. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.00130.x
22. Brent D.A., Oquendo M., Birmaher B., et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002; 59: 801-807. DOI: 10.1001/archpsyc.59.9.801
23. Canetto S.S., Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life-Threatening Behav*. 1998; 28 (1): 1-23.
24. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D., Sarchiapone M., Sokolowski M., Titelman D., et al. The European psychiatric association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012; 27: 129-141. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003
25. Langhinrichsen-Rohling J., Friend J., Powell A. Adolescent suicide, gender, and culture: a rate and risk factor analysis. *Aggr Violent Behav*. 2009; 14: 402-414. DOI: 10.1016/j.avb.2009.06.010
26. Welch S.S. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr. Serv*. 2001; 52: 368-375. DOI: 10.1176/appi.ps.52.3.368
27. Уманский М.С., Зотова Е.П. Суицидальные попытки: соотношение мужчин и женщин. *Девиантология*. 2018; 2 (1): 30-35. [Umansky M.S., Zotova E.P. Suicide attempts: the ratio of men and women. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (1): 30-35.] (In Russ)
28. Schrijvers D.L., Bollen J., Sabbe B.G. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J. Affect. Dis*. 2011. DOI: 10.1016/j.jad.2011.03.050
29. Drapeau C., McIntosh J. USA suicide 2013: official final data. *Am Assoc Suicidol*. (2015) Available online at: <http://www.suicidology.org/portals/14/docs/resources/factsheets/2013datapgsv2alt.pdf> (accessed November 18, 2016).
30. Troya M.I., Spittal M.J., Pendrous R., et al. Suicide rates amongst individuals from ethnic minority backgrounds: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2022; 47: 101399. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101399
31. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико - эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. 232. [Polozhiy B.S. Suicidal behavior (clinical, epidemiological and ethno-cultural aspects). Moscow: RIO "FSU SSC SSP named after V.P. Serbsky", 2010. 232.] (In Russ)
32. Ream G.L. What's unique about lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth and young adult suicides? Findings from the national violent death reporting system. *J. Adolesc. Health*. 2019; 64: 602-607. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2018.10.303
33. Busby D.R., Horwitz A.G., Zheng K., et al. Suicide risk among gender and sexual minority college students: the roles of victimization, discrimination, connectedness, and identity affirmation. *J. Psychiatr. Res*. 2020; 121: DOI: 182-8.10.1016/j.jpsychires.2019.11.013
34. Zwickl S., Wong A.F.Q., Dowers E. et al. Factors associated with suicide attempts among Australian transgender adults. *BMC Psychiatry*. 2021; 21: 81. DOI: 10.1186/s12888-021-03084-7
35. Azúa Fuentes E., Rojas Carvallo P., Ruiz Poblete S. Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio [Bullying as a risk factor for depression and suicide]. *Rev. Chil. Pediatr*. 2020; 91 (3): 432-439.
36. Mirza S., Docherty A.R., Bakian A., et al. Genetics and epigenetics of self-injurious thoughts and behaviors: Systematic review of the suicide literature and methodological considerations. *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet*. 2022; 189 (7-8): 221-246. DOI: 10.1002/ajmg.b.32917
37. Anestis M.D., Selby E.A., Butterworth S.E. Rising longitudinal trajectories in suicide rates: the role of firearm suicide rates and firearm legislation. *Prev. Med*. 2017; 100: 159-166. DOI: 10.1016/j.ypmed.2017.04.032
38. Yip P.S., Caine E., Yousuf S., et al. Means restriction for suicide prevention. *Lancet*. 2012; 23 (9834): 2393-2399. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60521-2
39. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М, 1980; 48. [Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Diagnostics of suicidal behavior. Methodical recommendations. M, 1980; 48.] (In Russ)
40. McMillan K.A., Enns M.W., Asmundson G.J., Sareen J. The association between income and distress, mental disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. *J. Clin. Psychiatry*. 2010; 71 (9): 1168-1175. DOI: 10.4088/JCP.08m04986gry
41. Vandoros S., Kawachi I. Economic uncertainty and suicide in the United States. *Eur. J. Epidemiol*. 2021; 36 (6): 641-647. DOI: 10.1007/s10654-021-00770-4
42. Розанов В.А., Семенова Н.В., Вукс А.Я. и соавт. Самоубийства во время пандемии COVID-19 – хорошо ли мы осведомлены о текущих рисках и перспективах? *Consort. Psychiatr*. 2021; 2 (1): 32-39. DOI: 10.17816/CP56 [Rozanov V.A., Semenova N.V., Vux A.Ya. et al. Suicides during the COVID-19 pandemic – are we well aware of the current risks and prospects? *Consort. Psychiatr*. 2021; 2 (1): 32-39. DOI: 10.17816/CP56] (In Russ)
43. Кекелидзе З.И., Положий Б.С., Бойко Е.О. и др. Суициды в период пандемической самоизоляции. *Российский психиатрический журнал*. 2020; 3: 4-13. [Kekelidze Z.I., Polozhiy B.S., Boyko E.O., etc. Suicides in the period of pandemic self-isolation. *Russian Psychiatric Journal*. 2020; 3: 4-13.] (In Russ)
44. Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J., et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the adverse childhood experiences study. *JAMA*. 2001; 286: 308930-96. DOI: 10.1001/jama.286.24.3089
45. Moitra M., Santomauro D., Degenhardt L., et al. Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A

- systematic review and meta-regression analysis. *J. Psychiatr. Res.* 2021; 137: 242-249. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.02.053
46. Brådvik L. Suicide Risk and Mental Disorders. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018; 15 (9): 2028. DOI: 10.3390/ijerph15092028
 47. Любов Е.Б. Факторы риска суицидального поведения больных шизофренией. *Российский психиатрический журнал.* 2018; 4: 24-30. [Lyubov E.B. Risk factors of suicidal behavior in patients with schizophrenia. *Russian Psychiatric Journal.* 2018; 4: 24-30.] (In Russ)
 48. Björkenstam E., Mittendorfer-Rutz E., Schmidtke A. Suicide attempts with a focus on Europe. D. Wasserman, ed. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, 2 edn. Oxford Textbooks in Psychiatry Oxford, 2021; 99-104.
 49. Milner A., Sveticic J., De Leo D. Suicide in the absence of mental disorder? A review of psychological autopsy studies across countries. *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2013; 59: 545-554. DOI: 1177/0020764012444259
 50. Joiner T.E., Buchman-Schmitt J.M., Chu C. Do undiagnosed suicide decedents have symptoms of a mental disorder? *J. Clin. Psychol.* 2017; 73: 1744-1752. DOI: 10.1002/jclp.22498
 51. Howarth E., Johnson J. Comprehensive and clinically useful: review of risk factors for suicidal behaviour in men. *Evid. Based Nurs.* 2022; 25 (3): 103. DOI: 10.1136/ebnurs-2021-103446
 52. Richardson C., Robb K.A., O'Connor R.C. A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. *Soc. Sci Med.* 2021; 276: 113831. DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.113831
 53. Cai H, Xie XM, Zhang Q, et al. Prevalence of suicidality in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Front Psychiatry.* 2021; 12: 690130. DOI: 10.3389/fpsy.2021.690130
 54. Solmi M., Dragioti E., Croatto G., et al. Risk and protective factors for personality disorders: An umbrella review of published meta-analyses of case-control and cohort studies. *Front Psychiatry.* 2021; 12: 679379. DOI: 10.3389/fpsy.2021.679379
 55. Dong M, Lu L, Zhang L, et al. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019; 29: e63. DOI: 10.1017/S2045796019000593
 56. Tucker R.P., Michaels M.S., Rogers M.L., et al. Construct validity of a proposed new diagnostic entity: acute suicidal affective disturbance (ASAD). *J Affect Disord.* 2016; 189: 365-378. DOI: 10.1016/j.jad.2015.07.049
 57. Oquendo M.A., Currier D., Mann J.J. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 114: 151-158. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x
 58. Joiner T.E., Jr, Conwell Y., Fitzpatrick K.K., et al. Four studies on how past and current suicidality relate even when "everything but the kitchen sink" is covaried. *J. Abnorm. Psychol.* 2005; 114: 291. DOI: 10.1037/0021-843X.114.2.291
 59. Гарагашева Е.П., Фадеева А.И. Вопросы превенции суицидальных действий онкологических больных. *Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (6): 18-20. [Garagasheva E.P., Fadeeva A.I. Prevention of suicide in cancer patients. *Academic Journal of West Siberia.* 2020; 16 (6): 18-20.] (In Russ)
 60. Орлов Ф.В., Голеньков А.В. Признаки суицидального риска при мигрени. *Научный форум. Сибирь.* 2021; 7 (2): 14-16. [Orlov F.V., Golenkov A.V. Signs of suicidal risk in migraine. *Scientific forum. Siberia.* 2021; 7 (2): 14-16.] (In Russ)
 61. Зотов П.Б., Любов Е.Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях. *Тюменский медицинский журнал.* 2017; 19 (1): 3-24. [Zotov P.B., Lyubov E.B. Suicidal behavior in somatic and neurological diseases. *Tyumen Medical Journal.* 2017; 19 (1): 3-24.] (In Russ)
 62. Fortea L., Albajes-Eizagirre A., Yao Y-W., et al. Focusing on comorbidity – a novel meta-analytic approach and protocol to disentangle the specific neuroanatomy of co-occurring mental disorders. *Front. Psychiatry.* 2022; 12: 807839. DOI: 10.3389/fpsy.2021.807839
 63. O'Connor R.C. The relations between perfectionism and suicidality: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav.* 2007; 37: 698-714. DOI: 10.1521/suli.2007.37.6.698
 64. Séguin M., Beauchamp G., Robert M., DiMambro M., Turecki G. Developmental model of suicide trajectories. *Br J Psychiatry.* 2014; 205: 120-126. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.139949
 65. Blüml V., Kapusta N.D., et al. Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population. *PLoS ONE.* 2013; 8: e76646. DOI: 10.1371/journal.pone.0076646
 66. Fang L, Heisel MJ, Duberstein PR, Zhang J. Combined effects of neuroticism and extraversion: findings from a matched case control study of suicide in rural China. *J. Nerv. Mental Dis.* 2012; 200: 598-602. DOI: 10.1097/NMD.0b013e318255fb53
 67. Richard-Devantoy S., Berlim M.T., Jollant F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychol. Med.* 2014; 44: 1663-1673. DOI: 0.1017/S0033291713002304
 68. Capuzzi E., Caldiroli A., Capellazzi M., et al. Biomarkers of suicidal behaviors: A comprehensive critical review. *Adv. Clin. Chem.* 2020; 96: 179-216. DOI: 10.1016/bs.acc.2019.11.005
 69. Розанов В.А. Генетические маркеры суицидального поведения: надежды и разочарования. *Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (3): 12-15. [Rozanov V.A. Genetic markers of suicidal behavior: hopes and disappointments. *Academic Journal of West Siberia.* 2020; 16 (3): 12-15.] (In Russ)
 70. Разводовский Ю.Е. Дислипидемия как фактор риска суицидального поведения. *Девиянтология.* 2021; 5 (2): 38-42. DOI: 10.32878/devi.21-5-02(9)-38-42 [Razvodovsky Y.E. Dyslipidemia as a risk factor for suicidal behavior. *Deviant Behavior (Russia).* 2021; 5 (2): 38-42. DOI: 10.32878/devi.21-5-02(9)-38-42] (In Russ)
 71. Gibb S.J., Beautrais A.L., Fergusson D.M. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Austr N Zeal J Psychiatry.* 2005; 39: 95-100. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2005.01514.x
 72. Daigle M.S. Suicide prevention through means restriction: assessing the risk of substitution: a critical review and synthesis. *Accid Anal Prev.* 2005; 37: 625-632. DOI: 10.1016/j.aap.2005.03.004
 73. Al Jurdi R.K., Swann A., Mathew S.J. Psychopharmacological agents and suicide risk reduction: ketamine and

- other approaches. *Curr. Psychiatry Rep.* 2015; 17: 81. DOI: 10.1007/s11920-015-0614-9
74. Del Matto L., Muscas M., Murru A., et al. Lithium and suicide prevention in mood disorders and in the general population: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020; 116: 142-153. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2020.06.017
75. Cuijpers P., de Beurs D.P., van Spijker B.A., et al. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2013; 144: 183-190. DOI: 10.1016/j.jad.2012.06.025
76. Furczyk K., Schutová B., et al. The neurobiology of suicide - A Review of post-mortem studies. *J. Mol. Psychiatry.* 2013; 1 (1): 2. DOI: 10.1186/2049-9256-1-2
77. Rönnqvist I., Nilsson F.K., Nordenskjöld A. Electroconvulsive therapy and the risk of suicide in hospitalized patients with major depressive disorder. *JAMA Netw Open.* 2021; 4 (7): e2116589. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.16589
78. DeCou C.R., Comtois K.A., Landes S.J. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-Analysis. *Behav Ther.* 2019; 50 (1): 60-72. DOI: 10.1016/j.beth.2018.03.009
79. Witt K.G., Hetrick S.E., Rajaram G., et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021; 4 (4): CD013668. DOI: 10.1002/14651858.CD013668.pub2
80. Lopez-Castroman J., Olié E., Courtet P. A modern semiology of suicidal behavior. Courtet P., ed. *Understanding Suicide. Cham: Springer International Publishing.* 2016: 19-28. DOI: 10.1007/978-3-319-26282-6_2
81. Bostwick J.M., Pabbati C., Geske J.R., McKean A.J. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry.* 2016; 173: 1094-1100. DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.15070854
82. Stapelberg N.J., Sveticic J., Hughes I., et al. Efficacy of the zero suicide framework in reducing recurrent suicide attempts: cross-sectional and time-to-recurrent-event analyses. *Br. J. Psychiatry.* 2020; 190: 1-10. DOI: 10.1192/bjp.2020.190
83. Liu B.P., Lunde K.B., Jia C.X., Qin P. The short-term rate of non-fatal and fatal repetition of deliberate self-harm: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J. Affect. Disord.* 2020; 273: 597-603. DOI: 10.1016/j.jad.2020.05.072
84. Christiansen E., Jensen B.F. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust. NZ J. Psychiatry.* 2007; 41 (3): 257-265. DOI: 10.1080/00048670601172749
85. Carroll R., Metcalfe C., Gunnell D. *Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis.* PLoS One. 2014; 9: e89944. DOI: 10.1371/journal.pone.0089944
86. Suominen K., Isometsä E., Suokas J., et al. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am. J. Psychiatry.* 2004; 161: 562-563. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.3.562
87. Irigoyen M., Porrás-Segovia A., Galván L., et al. Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: a survival analysis. *J. Affect. Disord.* 2019; 247: 20-28. DOI: 10.1016/j.jad.2018.12.050
88. Parra-Urbe I., Blasco-Fontecilla H., Garcia-Parés G., et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: a survival analysis. *BMC Psychiatry.* 2017; 17: 163. DOI: 10.1186/s12888-017-1317-z
89. Mendez-Bustos P., de Leon-Martinez V., Miret M., et al. Suicide reattempters: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry.* 2013; 21 (6): 281-295. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000001
90. Hawton K., Bergen H., Cooper J., et al. Suicide following self-harm: findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000-2012. *J. Affect. Dis.* 2015; 175: 147-151. DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.062
91. Tidemalm D., Långström N., Lichtenstein P., Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ.* 2008; 337: a2205. DOI: 10.1136/bmj.a2205
92. Chung D., Hadzi-Pavlovic D., Wang M., et al. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open.* 2019; 9: e023883. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023883
93. Vuagnat A., Jollant F., Abbar M., et al. Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm: a nationwide population-based study. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2019; 29: e20. DOI: 10.1017/S2045796019000039
94. Chan M., Bhatti H., Meader N., et al. Predicting suicide following self-harm: A systematic review of risk factors and risk scales. *Br. J. Psychiatry.* 2016; 209 (4): 277-283. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.170050
95. Daigle M.S., Pouliot L., Chagnon F., et al. Suicide attempts: prevention of repetition. *Can. J. Psychiatry.* 2011; 56 (10): 621-629. DOI: 10.1177/070674371105601008
96. Berardelli I., Forte A., Innamorati M., et al. Clinical Differences between single and multiple suicide attempters, suicide ideators, and non-suicidal inpatients. *Front Psychiatry.* 2020; 11: 605140. DOI: 10.3389/fpsy.2020.605140
97. Haglund A., Lysell H., Larsson H., et al. Suicide immediately after discharge from psychiatric inpatient care: a cohort study of nearly 2.9 million discharges. *J. Clin. Psychiatry.* 2019; 80: 18m12172. DOI: 10.4088/JCP.18m12172
98. Любов Е.Б. и группа исследователей. Оценка больными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2012; 22 (4): 51-56. [Lyubov E.B. and a group of researchers. Assessment by sick patients of their needs and satisfaction with psychiatric care. *Social and clinical psychiatry.* 2012; 22 (4): 51-56.] (In Russ)
99. Fischer G., Ameis N., Parzer P., Plener P.L., Groschwitz R., Vonderlin E., et al. The German version of the self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI-G): a tool to assess non-suicidal self-injury and suicidal behavior disorder. *BMC Psychiatry.* 2014; 14: 265. DOI: 10.1186/s12888-014-0265-0
100. Stein D.J., Phillips K.A., Bolton D., et al. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol. Med.* 2010; 40: 1759-1765. DOI: 10.1017/S0033291709992261
101. Jordan J.T., McNiel D.E. Characteristics of persons who die on their first suicide attempt: results from the national violent death reporting system. *Psychol. Med.* 2020; 50: 1390-1397. DOI: 10.1017/S0033291719001375

102. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res.* 2011; 15: 1–15. DOI: 10.1080/13811118.2011.540213
103. Silverman M.M. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav. Chichester.* 2006; 36: 519-532. DOI: 10.1521/suli.2006.36.5.519
104. Appleby L., Shaw J., Amos T., McDonnell R., Harris C., McCann K., et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ.* 1999; 318: 1235–1239. DOI: 10.1136/bmj.318.7193.1235
105. Luoma J.B., Martin C.E., Pearson J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am. J. Psychiatry.* 2002; 159: 909-916. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.6.909
106. Schaffer A., Sinyor M., Kurdyak P., et al. Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry.* 2016; 15: 135-145. DOI: 10.1002/wps.20321
107. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Суицидология в учебе и практике медицинского персонала. *Академический журнал Западной Сибири.* 2020; 16 (3): 31-34. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Suicidology in the study and practice of medical personnel. *Academic Journal of Western Siberia.* 2020; 16 (3): 31-34.] (In Russ)
108. Schmitz W.M., Allen M.H., Feldman B.N., et al. Preventing suicide through improved training in suicide risk assessment and care: an American association of suicidology task force report addressing serious gaps in US mental health training. *Suicide Life Threat Behav.* 2012; 42: 292-304. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.00090.x
109. O'Reilly M., Kiyimba N., Karim K. "This is a question we have to ask everyone": asking young people about self-harm and suicide. *J. Psychiatr. Mental Health Nurs.* 2016; 23: 479-488. DOI: 10.1111/jpm.12323
110. McCabe R., Sterno I., Priebe S., et al. How do healthcare professionals interview patients to assess suicide risk? *BMC Psychiatry.* 2017; 17: 122. DOI: 10.1186/s12888-017-1212-7
111. Chu J., Floyd R., Diep H., Pardo S., Goldblum P., Bongar B. A tool for the culturally competent assessment of suicide: the cultural assessment of risk for suicide (CARS) measure. *Psychol Assess.* 2013; 25: 424–434. DOI: 10.1037/a0031264
112. Nock M.K., Holmberg E.B., Photos V.I., Michel B.D. Self-injurious thoughts and behaviors interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess.* 2007; 19: 309–317. DOI: 10.1037/t33713-000
113. Nock M.K., Kessler R.C. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the national comorbidity survey. *J Abnorm Psychol.* 2006; 115: 616. DOI: 10.1037/0021-843X.115.3.616
114. Harris K.M., Lello O.D., Willcox C.H. Reevaluating suicidal behaviors: comparing assessment methods to improve risk evaluations. *J. Psychopathol. Behav Assess.* 2016; 39: 128-139. DOI: 10.1007/s10862-016-9566-6
115. Hom M.A., Joiner T.E., Jr, Bernert R.A. Limitations of a single-item assessment of suicide attempt history: implications for standardized suicide risk assessment. *Psychol. Assess.* 2016; 28: 1026-1030. DOI: 10.1037/pas0000241
116. Malone K.M., Szanto K., Corbitt E.M., et al. Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *Am. J. Psychiatry.* 1995; 152: 1601-1607.
117. Holoshitz Y., Brodsky B., Zisook S., et al. Application of the zero suicide model in residency training. *Acad Psychiatry.* 2019; 43: 332-336. DOI: 10.1007/s40596-019-01022-0
118. Rothes I, Henriques M. Health professionals facing suicidal patients: what are their clinical practices? *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 15: 1210. DOI: 10.3390/ijerph15061210.
119. Osteen P.J., Frey J.J., Ko J. Advancing training to identify, intervene, and follow up with individuals at risk for suicide through research. *Am. J. Prev. Med.* 2014; 47: S216-221. DOI: 10.1016/j.amepre.2014.05.033
120. Luxton D.D., June J.D., Comtois K.A. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? *Crisis.* 2013; 34: 32–41. DOI: 10.1027/0227-5910/a000158
121. Stanley B., Brown G.K., Brenner L.A., et al. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry.* 2018; 75: 894-900. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1776
122. Miller I.W., Camargo C.A., Arias S.A., et al. Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE study. *JAMA Psychiatry.* 2017; 74: 563-570. DOI: 1001/jamapsychiatry.2017.0678
123. Silverman M.M. Challenges to classifying suicidal ideations, communications, and behaviours. R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon eds. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice:* Wiley Blackwell. 2011: 9-25. DOI: 10.1002/9781119998556.ch1
124. Hjelmeland H., Knizek B.L. Suicide and mental disorders: a discourse of politics, power, and vested interests. *Death Stud.* 2017; 41:481-92. DOI: 10.1080/07481187.2017.1332905
125. Jansen L.A., Wall S., Miller F.G. Drawing the line on physician-assisted death. *J. Med. Ethics.* 2019; 45: 190-197. DOI: 10.1136/medethics-2018-105003
126. Jones R.M., Simpson A.I. Medical assistance in dying: challenges for psychiatry. *Front Psychiatry.* 2018; 9: 678. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00678
127. Crowe M. From expression to symptom to disorder: the psychiatric evolution of self-harm in the DSM. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2014; 21: 857-858. DOI: 10.1111/jpm.12183
128. Мехелия С., Банерджи Д. Пересмотр социальной стигмы при несуицидальных самоповреждениях: нарративный обзор. *Consortium Psychiatricum.* 2022; 3 (3): 6-19. DOI: 10.17816/CP196 [Mehelia S., Banerjee D. Revision of social stigma in non-suicidal self-injuries: a narrative review. *Consortium Psychiatricum.* 2022; 3 (3): 6-19. DOI: 10.17816/CP196] (In Russ)
129. PLoS Medicine Editors. The paradox of mental health: over-treatment and under-recognition. *PLoS Med.* 2013; 10: e1001456. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001456
130. Millner A.J., Lee M.D., Nock M.K. Single-item measurement of suicidal behaviors: validity and consequenc-

- es of misclassification. *PLoS ONE*. 2015; 10: e0141606. DOI: 10.1371/journal.pone.0141606
131. Plöderl M., Kralovec K., Yazdi K., Fartacek R. A closer look at self-reported suicide attempts: false positives and false negatives. *Suicide Life Threat Behav*. 2011; 41: 1–5. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2010.00005.x
132. Hom M.A., Stanley I.H., Duffy M.E., et al. Investigating the reliability of suicide attempt history reporting across five measures: a study of US military service members at risk of suicide. *J Clin Psychol*. 2019; 75: 1332–1349. DOI: 10.1002/jclp.22776
133. Obegi J.H. Rethinking suicidal behavior disorder. *Crisis*. 2019; 40: 209–219. DOI: 10.1027/0227-5910/a000543
134. Rogers M.L., Chu C., Joiner T. The necessity, validity, and clinical utility of a new diagnostic entity: acute suicidal affective disturbance. *J. Clin. Psychol*. 2019; 75: 999-1010. DOI: 10.1002/jclp.22743
135. Schuck A., Calati R., Barzilay S., et al. Suicide crisis syndrome: a review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behav Sci Law*. 2019; 37: 223-239. DOI: 10.1002/bsl.2397
136. Yaseen Z.S., Hawes M., Barzilay S., Galynker I. Predictive validity of proposed diagnostic criteria for the suicide crisis syndrome: an acute presuicidal state. *Suicide Life Threat Behav*. 2019; 49: 1124–1135. DOI: 10.1111/sltb.12495
137. Fehling K.B., Selby E.A. Suicide in DSM-5: Current Evidence for the Proposed Suicide Behavior Disorder and Other Possible Improvements. *Front Psychiatry*. 2021; 11: 499980. DOI: 10.3389/fpsy.2020.499980
138. Oquendo M.A., Baca-Garcia E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*. 2014; 13: 128-130. DOI: 10.1002/wps.20116
139. Van Orden K.A., Witte T.K., Holm-Denoma J., et al. Suicidal behavior on axis VI. *Crisis*. 2011; 32: 110-113. DOI: 10.1027/0227-5910/a000057
140. Kupfer D.J., Regier D.A. Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *Am. J. Psychiatry*. 2011; 168: 672-674. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.11020219

"SUICIDAL DISEASE" AS PSYCHIATRIC DIAGNOSIS: SCIENTIFIC AND PRACTICAL RATIONALE

E.B. Lyubov, P.B. Zotov

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

Abstract:

Suicidal behavior (SB) is a constantly relevant multidisciplinary and interdepartmental problem. SB disorder (Suicide behavior disorder, hereinafter SBD) is introduced into the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) "conditionally": for further study and possible adoption in new versions of the classification of mental disorders. The review provides evidence for the validity of SBD and discusses the potential benefits and limitations of the diagnosis, with some significant limitations; possible alternative additions will increase the scientific and practical significance of SBD in future diagnostic systems.

Keywords: suicidal behavior, DSM-5, criteria, scientific rationale

Вклад авторов:

E.B. Любов: разработка дизайна исследования, обзор публикаций, написание и редактирование текста рукописи;
П.Б. Зотов: обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

E.B. Lyubov: developing the research design, reviewing of publications, article writing, article editing;
P.B. Zotov: reviewing of publications of the article's theme; article writing, article editing.

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: 01.11.2022. Принята к публикации / Accepted for publication: 30.11.2022.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б. «Суицидальная болезнь» как психиатрический диагноз: научно-практическое обоснование. *Суицидология*. 2022; 13 (4): 91-112. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-91-112

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B. "Suicidal disease" as psychiatric diagnosis: scientific and practical rationale. *Suicidology*. 2022; 13 (4): 91-112. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-04(49)-91-112 (In Russ / Engl)