© Коллектив авторов, 2025
doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-02(59)-134-146

УДК 616.33-008.44 + 631.523

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН

И.Е. Куприянова[1], М.Г. Васильева[1], В.С. Мальцев[1], Т.В. Казенных[1,2]

[1]НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, г. Томск, Россия
[2]ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Томск, Россия

SUICIDAL BEHAVIOR IN WOMEN

I.E. Kupriyanova[1], M.G. Vasilyeva[1], V.S. Maltsev[1], T.V. Kazenykh[1,2]

[1]Research Institute of Mental Health Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia
[2]Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

Сведения об авторах:

Куприянова Ирина Евгеньевна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1617-6349; ResearcherID; I-9441-2017; Scopus Author ID: 6603689461; ORCID iD: 0000-0003-2495-7811). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-79, электронный адрес: irinakupr@rambler.ru

Васильева Марина Геннадьевна – врач-психиатр (ResearcherID: NGS-4058-2025; ORCID iD: 0009-0002-6538-5688). Место работы и должность: врач-психиатр 1 клинического психиатрического отделения НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-19, электронный адрес: mbogdanova861@gmail.com

Мальцев Валерий Сергеевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код РИНЦ: 9040-8619; ResearcherID: NGS-3904-2025; ORCID iD: 0009-0004-2878-7148). Место работы и должность: врач-психиатр, заведующий 1 клиническим психиатрическим отделением НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: +7 (3822) 72-43-19, электронный адрес: valery04011971@gmail.com

Казенных Татьяна Валентиновна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 6956-3031; ResearcherID: J-1673-2017; ORCID iD: 0000-0002-6253-4644). Место работы и должность: заместитель директора по научной и лечебной работе НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук. Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2. Телефон: +7 (3822) 72-43-79, электронный адрес: tvk151@ya.ru

Женская суицидальность – это сложный и многофакторный феномен, который может быть обусловлен различными биологическими, психологическими и социальными факторами. Депрессия, тревожные расстройства, биполярное расстройство и другие психические заболевания могут значительно повысить риск возникновения суицидальных мыслей и действий. Большинство исследований показывают, что женщины могут более склонны к выражению своих эмоций и переживаниям, что может влиять на их суицидальные поведение. *Цель исследования* – определить связь между феноменом «женская суицидальность» и психопатологическими расстройствами, психологическим благополучием, социальными, культуральными и генетическими факторами. *Материалы и методы.* Эмпирический анализ публикаций по отечественным и зарубежным базам данных elibrary.ru, WoS, Scopus. Тематический поиск выполнялся по ключевым словам – женская суицидальность, психопатологические расстройства, психологические характеристики, социальные, культуральные и генетические факторы. *Результаты.* Проанализированы особенности суицидального поведения женщин при шизофрении, ПТСР, расстройстве адаптации. Выделены психологические черты суициденток (эмоциональная лабильность, импульсивность, психологическая инфантильность) описаны особенности различных возрастных периодов. Выделены социальные проблемы психологической дезадаптации, культуральные особенности, генетические факторы. Представлены эффективные подходы к решению данной проблемы. Приведён клинический случай пациентки с расстройством адаптации с суицидальным поведением. *Выводы:* женская суицидальность связана с психическими расстройствами, психологическими характеристиками, генетическими социальными и культуральными факторами.

Ключевые слова: женская суицидальность, психопатологические расстройства, психологические характеристики, социальные, культуральные и генетические факторы

Женская суицидальность – это сложный и многофакторный феномен, который может быть обусловлен различными биологическими, психологическими и социальными факторами. Депрессия, тревожные расстройства, биполярное расстройство и другие психические заболе-

вания могут значительно повысить риск суицидальных мыслей и действий. Большинство исследований показывают, что женщины могут более склонны к выражению своих эмоций и переживаниям, что может влиять на их суицидальное наклонности [1-3].

Психические расстройства не только аффективного круга влияют на суицидальное поведение. В частности, среди госпитализированных пациентов шизофренией суицидальный риск достигает пика вскоре после выписки из больницы. Частота суицидальных попыток у мужчин с шизофренией значительно выше, чем у женщин. В некоторых исследованиях показано, что больные шизофренией, пытавшиеся совершить самоубийство, имели лучшие показатели когнитивных функций [4].

Суицидальный риск у больных шизофренией оценивается по четырём параметрам: статус риска суицидального поведения (оценка общих факторов риска, характерных для пациентов с шизофренией); состояние риска суицидального поведения (риск для человека по сравнению с его состоянием до болезни или вне обострения заболевания); наличие доступных ресурсов для предотвращения суицидального поведения; прогнозируемые события, которые могли бы увеличить риск суицидального поведения [5].

Расстройство адаптации – это состояние, которое часто диагностируется среди женщин с суицидальным поведением. У пациенток регистрируются суицидальные мысли, межличностные трудности и самоповреждения. При этом, самоотравление представляет собой наиболее распространённую форму попытки самоубийства [6]. Расстройство адаптации характеризуется 3 основными ограничениями: неадекватно определённый критерий клинической значимости, отнесение расстройств адаптации к другим диагнозам и упущенное признание важности контекстуальных факторов, из-за чего нормальные адаптивные процессы человека могут быть патологизированы. Наличие ложноположительных и ложноотрицательных диагнозов снижает вероятность выявления суицидальных намерений [7]. Суицидальные пациентки с расстройством адаптации характеризуются предшествующим психиатрическим лечением, плохим психосоциальным функционированием на момент начала лечения, дисфорическим настроением и психомоторным беспокойством [8]. У пациенток с расстройствами адаптации с преобладанием депрессивных реакций в возрасте до 39 лет выявляется статистически значимое повышенное содержание кортизола по сравнению с психически здоровыми женщинами (p=0,015) и пациентками с депрессивными расстройствами (p=0,039) [9]. У женщин формируется затяжное течение расстройства адаптации, часто гипотиреоз, статистически значимые различия в содержании субпопуляций Т-лимфоцитов [10].

Ретроспективное исследование психиатров больницы Университета Вирджинии суицидального поведения у пациенток с расстройствами адаптации показали, что 60,5% больных имели документированные попытки самоубийства в прошлом, 96% были склонны к самоубийству во время поступления в больницу [11]. Диагнозы у пациентов с расстройствами адаптации представляли собой факторы риска дальнейшего суицидального поведения [12]. Демографические и клинические характеристики 370 пациентов Дублина, а также связи между клиническими проявлениями, суицидальными мыслями и поведением с помощью многофакторного анализа выявили значимость молодого возраста, отсутствие семьи и наличия выраженных депрессивных симптомов с суицидальностью при расстройствах адаптации [13].

Женщины более чувствительны к влиянию ПТСР как дополнительного фактора, проявляя ряд поведенческих черт, характерных для «мужского» типа суицидальных действий. Их основной психологической и эмоциональной проблемой является гнев. Они более подвержены влиянию безнадёжности как проявлению пессимизма в отношении будущего. На суицидальное поведение может оказывать даже незначительные воздействия, например, космофизические факторы могут являться триггером усилить суицидальную доминанту до кризиса [14].

Специфические расстройства личности и патологии личности формируют психопатологический базис как общий фактор уязвимости для суицидальности [15].

Расстройства пищевого поведения часто приводят формированию суицидальной активности. Выраженные негативные эмоции, вина и стыд за свою фигуру и внешний вид, продолжительные переедания, страх полноты, неудачные попытки похудения приводят к антивитальным переживаниям [16].

Психологическая дезадаптация часто является основой суицидального поведения. При клинико-эпидемиологическом анализе определены основные характеристики женского суицидального поведения: эмоциональная лабиль-

ность, импульсивность, молодой возраст, психологическая инфантильность, социальная дезадаптация (отсутствие поддержки в семье, несостоятельность в работе или учёбе). Особую группу составляют пациентки с повторными несуицидальными самоповреждениями и нелеченного аффективного расстройства [17].

Демонстративные суицидальные попытки женщин составляют значительную часть токсикологических суицидов, не закончившихся летальным исходом. Как правило, это женщины с психическим расстройством, либо психологической особенностью личности, возрастным кризисом, психотравмирующей ситуацией, снижением социального или материального статуса. Основой дезадаптации в основном являются не эмоциональные реакции, а желание женщины привлечь внимание к проблемам, которые она не может разрешить в данный момент. Стоит отметить, что витальные барьеры остаются сильными и выраженного саморазрушения не наступает [18].

Женщины, пережившие физическое, сексуальное или эмоциональное насилие, имеют более высокий риск суицидальных мыслей и попыток. Эмпирически выявлено что, женщины, пережившие опыт сексуального насилия в подростковом возрасте, в сравнении с женщинами, не сталкивающимися с подобным надругательством, характеризуются более высоким уровнем тревоги, агрессивности, депрессивности, суицидального поведения [19].

Состояние паники и беспомощности является предикторами суицидального поведения женщин [20]. Предикторами суицидального поведения являются демонстративность и аффективность, уникальность, несостоятельность, низкая самооценка, социальная тревога, социальная неприспособляемость, одиночество, отчаяние, утрата надежды, подавленность, Показана связь между выраженностью самоповреждения и индивидуально - психологическим складом личности (склонность к конфликтности, вспышкам агрессии и тревожно-депрессивному реагированию, невротизации, сниженной самооценке) [21].

Является актуальной проблема дифференциальной диагностики истинного незавершённого суицида от демонстративного суицидального поведения [22]. Составление психологического портрета потенциального суицидента может рассматриваться как этап профилактики подобных девиантных форм [23]. Многочисленные социальные факторы на микро-, мезо- и макроуровнях являются реальным риском для проявления суицидальной активности [24]. Женщины могут испытывать давление со стороны общества, стереотипы, связанные с ролью женщины, а также проблемы с самооценкой и идентичностью. Социальные стереотипы: женщина – мать, жена, хозяйка, негативно влияют на психологическое состояние женщины. Отсутствие возможности родить ребёнка изменяет её качество жизни и социальную активность, способствует развитию депрессии с идеями самообвинения. Проблемы в личных отношениях со стороны мужа, близких родственников, отсутствие социальной поддержки и изоляция могут способствовать развитию суицидальных мыслей [25]. Тяжёлые соматические заболевания, связанные с безисходностью, часто являются причиной суицидального поведения [26].

Периоды значительных изменений, такие как переход во взрослую жизнь, беременность или менопауза, могут быть связаны с повышенным риском добровольного ухода из жизни [27, 28]. Помимо этого, снижение социальной активности, физическая немощность, душевная усталость, хронические заболевания или серьёзные медицинские состояния могут негативно сказываться на психическом здоровье и повышать риск суицида.

Лица 75-летнего возраста и старше с высокой частотой используют для самоубийства отравление, в том числе обезболивающие средства. Женщины статистически значимо чаще для ухода из жизни прибегают к падению под транспорт. Психические расстройства в пожилом возрасте (психозы, депрессивные состояния) при ретроспективной оценке диагностируются у 8%. Эти суициденты чаще совершают самосожжение, высказывая мысли о конце света, собственных грехах, религиозные идеи [29].

Депрессия в детском и подростковом возрастах в большинстве случаев носит маскированный характер, что связано с большей выраженностью поведенческих нарушений и соматовегетативных симптомов, церебрастенических и ипохондрических проявлений при наличии размытых клинических признаках аффективных расстройств [30]. Особую группу составляют дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, их социальная дезадаптация является основой для суицидального поведения и требует определённой программы профилактики [31].

В некоторых культурах или религиях могут существовать табу на обсуждение психического здоровья, что затрудняет получение помощи. Сообщается, что показатели преднаме-

ренного самоповреждения в Великобритании выше среди выходцев из Южной Азии, особенно женщин в возрасте 18-24 лет. Эти показатели связаны с отчуждением, культуральным конфликтом и предыдущими попытками [32]. Южноазиатские культурные ценности действительно оказывают влияние на теорию межличностного самоубийства, поскольку южноазиатские женщины могут быть более подвержены риску суицидальных мыслей [33]. Исследование суицидального поведения у лиц славянской национальности с ПТСР выявило более высокую летальность с выраженной безнадёжностью, твёрдым суицидальным намерением, депрессивностью и жертвенностью. Женщины оказались более подвержены влиянию ПТСР как дополнительного фактора, проявляя «мужской» поведенческий стереотип при проведении суицидальных действий [34]. "Есть женщины, сырой земле родные" – фраза О.Э. Мандельштама характеризует лики литературного суицида. Русская проза описывает типовые черты «литературного» «женского» суицида. Танатологические образы в широком культурно-историческом и философском контекстах определяют психологические черты суицидентов и выражают социальный протест против гнёта окружения [35].

Исследования популяционной и молекулярной генетики подтверждают клинические данные. Потомство суицидальных пробандов, совпадающими по суицидальному поведению, показало более высокий риск попытки самоубийства, чем потомство несуицидальных пробандов. Семейная нагрузка по попыткам самоубийства может влиять на показатели передачи, а также на возраст начала суицидального поведения, и её эффект может быть опосредован семейной передачей импульсивной агрессии [36, 37]. Генетические исследования десятилетиями пытались найти «ген самоубийства», чтобы преждевременно идентифицировать людей с более высоким риском совершения попыток самоубийства, однако эти исследования не смогли найти ген или группу генов, которые различали бы суицидальных и несуицидальных субъектов. Этот тип технологии дал начало исследованиям ассоциаций по всему геному (GWAS), с помощью которых некоторые авторы продемонстрировали различия в геноме пациентов с суицидальными идеями [38]. Молекулярные исследования риска самоубийства членами Консорциума по психиатрической геномике и Международного консорциума по генетике самоубийств выявили значимые локусы по всему геному, связанные с суицидальным поведением и со смертью от самоубийства, и изучили эти фенотипы в контексте основной психопатологии и за его пределами [39]. Выявление генов, которые участвуют в суицидальном поведении и их взаимодействия с генетическими и негенетическими факторами может помочь в разработке более эффективного скрининга, профилактики и лечения [40].

Необходима перестройка мировоззренческих позиций суицидологии для конструктивного взаимодействия для профилактики самоубийств и их тяжёлых медико-социальных последствий [14]. Формирование позитивных представлений о своем будущем, ответственности и осознанности выбора в различных жизненных ситуациях, развитие эмоционального интеллекта и стрессоустойчивости является основой безопасности [24]. Такая единообразная система отношений образует некий континуум бессознательного и сознательного [41], порождает проявление позитивных стереотипов как в социально-психологическом, так и в культурном аспектах. Необходимо внедрять культурно-чувствительные психологические вмешательства, чтобы помочь женщинам, которые могут быть более подвержены риску суицидального поведения, обратиться за помощью и лечением. Важно проведение психологической профилактики развития созависимого и суицидального поведения, посредством признанных психологическим сообществом техник и методик. Психотерапевтическое, фармакологическое или нейромодуляторное лечение психических расстройств часто может предотвратить суицидальное поведение; кроме того, регулярное наблюдение за людьми, которые пытаются покончить жизнь самоубийством, службами психического здоровья является ключом к предотвращению будущего суицидального поведения [42].

Особое внимание следует уделить межведомственному взаимодействию при оказании психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях, психогигиене и психопрофилактике как необходимым условиям укрепления общественного психического здоровья, подготовке кадров в сфере психиатрии [43].

Важно отметить, что каждый случай индивидуален, и сочетание этих факторов может варьироваться у разных женщин. Профилактика суицида требует комплексного подхода, включая доступ к психиатрической помощи и поддержку со стороны общества.

Резюмируя вышеизложенное, представляется *клинический случай*.

Б-ная З-я,1958 г. рождения.

Диагностика и лечение проводилось при информированном согласии пациентки.

Отец девочки покончил жизнь самоубийством, когда ей было семь лет. Мать отравилась уксусной кислотой спустя два года после смерти мужа. В детстве часто болела простудными заболеваниями. Больше любила общаться с мальчиками, лучше находила с ними общий язык, была лидером. По характеру была общительной, живой, но капризной, своенравной. В возрасте восьми лет после сильного испуга стала заикаться. Отношения в семье были конфликтными, мать грубо обращалась с детьми, жестоко наказывала за любую провинность. После смерти матери в школьные годы изменилась по характеру, стала более сдержанной, ответственной, училась средне, особых интересов к учёбе не проявляла. Училась в интернате, вспоминает это время, как самое тяжёлое. В подростковом возрасте 15-16 лет стала в поведении более развязной, стремилась к самостоятельности, убегала из интерната, начала употреблять алкоголь, курила. В 17 лет в состоянии алкогольного опьянения была изнасилована (групповое изнасилование). В 1995 году вышла замуж по любви за ровесника, в семье были постоянные скандалы, драки, муж часто не ночевал дома, пациентка била посуду, мебель, от бессилия решила совершить суицидальную попытку, выпила десять таблеток мезапама. Муж промыл больной желудок, к врачу не обращалась. После чего вновь повторила суицидальную попытку, пыталась изменить ситуацию, воздействовать своим поведением на мужа, самостоятельно впервые обратилась в НИИ психического здоровья Томского НИМЦ в 1996 году. Был выставлен диагноз: Психопатия истеро-возбудимого круга, декомпенсация, лечение (неулептил), после лечение не принимала. В 1997 году родила ребёнка, беременность протекала с гестозом, родилась девочка с пороками развития. В 2000 году суицид брата, в соседней комнате, страдал алкоголизмом. Перенесла очень тяжёло потерю, винила себя, стала сама злоупотреблять алкоголем. В этом состоянии предпринимала неоднократно суицидальные попытки, травилась таблетками аллохола, перестала спать. Повторно обращалась в НИИ здоровья, выставлен диагноз: Истерическое расстройство личности. Истеро-дистимический синдром.

В семье продолжались скандалы, муж злоупотреблял алкоголем, подозревал пациентку в изменах. Из-за постоянных скандалов, драк у ребёнка были истерики. Педиатром поставлен диагноз: Бронхиальная астма. Пациентка срывалась на ребенка, поднимала на него руку. В 2008 году перенесла ограбление. Наркоман угрожал ножом, снял золото, «стыдилась, что не смогла совладать с ситуацией». Под влиянием сиюминутного побуждения отравилась, выпила около 40 таблеток супрастина. Позвонила подруге попрощаться. Подруга вызвала скорую помощь, лежала в психиатрическом отделении в городе Северске. В этом же году встречалась с женатым мужчиной пять месяцев. После разрыва отношений, в его присутствии выпила два стандарта феназепама и две бутылки пива. Попросила вызвать такси «чтобы не умирать у него на глазах». Три дня отлеживалась дома, за помощью не обращалась. Муж избил пациентку, после чего с жалобами на тревожность, раздражительность, суицидальное поведение, нарушение сна, колебания АД, психовегетативные проявления, вновь обратилась в клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, где прошла лечение (неулептил, рексетин). После выписки лечение не принимала. В 2009 году вновь госпитализация, жалобы по типу «клише». О своём злоупотреблении алкоголем рассказывает при поступлении без застенчивости, бравируя. Участились головные боли, подъёмы АД с тошнотой, рвотой. Принимала сонапакс 25 мг в отделении. После лечение не продолжила.

В отношениях с мужчиной три последних года, живут вместе, помогает по дому, финансово. С мужем развелась при рождении сына, но жили вместе на одной жилплощади, смогли разъехаться только два года назад, в это же время была им избита с сотрясением головного мозга.

Официально пациентка работала восемь лет младшим воспитателем в детском саду, затем два года уборщицей в школе. Отмечает, что всегда хорошо одевалась, ходила в мехах, золоте, «водила знакомство с местными авторитетами, муж хорошо зарабатывал». Последние четыре года ухаживает за соседкой инвалидом, чтобы в результате ей досталась квартира. Двадцать пять лет ухаживала за дядей инвалидом, который умер в январе 2025 года. В результате родственница, с которой были разделены обязанности по уходу, переписала на себя квартиру, оставив пациентку без наследства. Из-за «удара в спину, предательства», снизился фон

настроения, стала раздражительной, вспыльчивой, стали «трястись руки», «теряет» память, участились эпизоды алкоголизации, нарушился ночной сон. Самостоятельно обратилась в клиники НИИ здоровья ТНИМЦ для обследования и лечения.

Психический статус. Пациентка выглядит соответственно паспортному возрасту. Декоративной косметикой пользуется умеренно. Волосы рыжего оттенка до плеч. Мимика, пантомимика живая. Одежда удобная, спортивного стиля. В беседе активна, перебивает врача, требует к себе повышенного внимания, раздражительна. Понимает необходимость отвечать на вопросы, говорит о прошлом с неохотой, не вдаётся в подробности, плачет, вспоминая о смерти родителей, брата, изнасиловании, «все воспоминания прошлого заблокированы». Не может «собраться, взять себя в руки». Фиксирована на переживаниях, связанных с предательством родственницы, «меня это подкосило, для меня, главное помочь детям финансово, это моя цель жизни». Пациентке трудно найти общий язык с сыном, «он может повторить судьбу моего брата». Жестикуляция активная. Речь эмоциональная. Склонна к драматизации с чувством вины, категоричными самоуничижительными оценками. Настроение сниженное, выражена эмоциональная ранимость, слезлива, отмечает, что в общении с близкими не сдержанна, срывается, «могу завестись из-за пустяка». Тревожна, тревожность сопровождается учащенным сердцебиением, «трясутся руки», пропадает голос. Работоспособность снижена. Сон нарушен, часто с тревогой просыпается. Чувствует себя уставшей, «опустошенной», «раньше я была более устремлённой, сильной», «необходимо вернуть потерянную энергию». Постоянно внутренне сравнивает себя с «той, которая была».

Интеллект соответствует полученному образованию и образу жизни. Мышление конкретное, склонна к застреванию, построению труднокоррегируемых концепций. Память незначительно снижена, внимание истощаемое. Суицидальных мыслей на текущий момент не наблюдается. Продуктивной симптоматики нет. Статус квалифицируется дистимико - дисфорическим синдромом с тревожным, агрипническим компонентом в рамках диагноза: Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций. F43.23. Истерическое расстройство личности, компенсация. F60.41.

Лечение: Тералиджен – 5 мг/сут, Паксил 29 мг/сут, сибазон 5 мг/сут. Эуфиллин в/в, физиолечение, ЛФК.

Помимо фармакотерапии пациентка участвовала в Научно-практическом модуле «Стресс – нет» по психообразовательной программе: «Тревожные расстройства, клинические проявления, основы саморегуляции», «Психогении. Стратегии совладания со стрессом», «Релаксационные техники. Трансы. Медитации». В процессе занятий проводилась когнитивно - поведенческая и трансовая психотерапия, определялись эмоциональные, поведенческие и когнитивные факторы аутоагрессии, формировался психологический резерв, рассматривались социальные стратегии будущего, даны персональные рекомендации.

Состояние пациентки значительно улучшилось: исчезла тревожность, нивелировались вегетативные проявления, выровнялось настроение, прежние переживания потеряли значимость и эмоциональную окраску, нормализовался сон, стала более контактной.

Анализ данного клинического случая показал, что суицидальное поведение складывается из нескольких векторов. Прежде всего, генетическая предрасположенность (суицидентами являются – отец, мать, брат), неблагоприятные социальные условия (воспитание в семье с низким материальным доходом с гипоопекой, учёба в интернате), тяжёлая физическая и психическая травма в юности (изнасилование в 17 лет), асоциальное поведение, алкоголизация, сформировавшийся семейный стереотип «решение проблем через суицид» (множественные незавершённые и демонстративные суициды), трудности с формированием собственной семьи, адекватной социализации, инфантильность в решении основных жизненных вызовов.

Заключение

Таким образом, суицидальное поведение женщин складывается из многочисленных факторов. Опираясь на мнение исследователей, выделены более часто встречаемые негативные воздействия. Это, прежде всего, наличие психопатологических расстройств и ранг их может быть различен от эндогенных до пограничных состояний. В последнее время особый акцент делается на расстройствах адаптации. Далее, особый психологический профиль пациенток: склонность к конфликтности, вспышкам агрессии и тревожно-депрессивному реагированию, невротизации, сниженной самооценке. состояние паники и беспомощности. Физические и психологические травмы в детско-подростковом

периоде, воспитание в социальных учреждениях наносят значительный ущерб психологической адаптации. Экзистенциальный кризис, снижение самоидентификации себя как полноценной женщины, тяжёлые соматические заболевания, возрастные изменения, культуральные стереотипы могут спровоцировать аутоагрессию. Исследования популяционной и молекулярной генетики подтверждают клинические данные.

Актуальным является изменение психологического настроя лиц, склонных к аутоагрессивному поведению. Необходимо использовать инновационные психотерапевтические, фармакологические и нейромодуляторные стратегии и мониторинг за людьми, которые пытаются покончить жизнь самоубийством. Важным становится межведомственное взаимодействие и подготовка кадров, компетентных в сфере суицидологии.

SUICIDAL BEHAVIOR IN WOMEN

I.E. Kupriyanova[1], M.G. Vasilyeva[1], V.S. Maltsev[1], T.V. Kazenykh[1,2]

[1]Research Institute of Mental Health Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia
[2]Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

Abstract:

Female suicidality is a complex and multifactorial phenomenon that can be caused by various biological, psychological and social factors. Depression, anxiety disorders, bipolar disorder and other mental illnesses can significantly increase the risk of suicidal thoughts and actions. Most studies show that women may be more likely to express their emotions and experiences, which can affect their suicidal tendencies. *The aim of the article* is to determine the relationship between the phenomenon of female suicidality and psychopathological disorders, psychological well-being, social, cultural and genetic factors. *Materials and methods.* Empirical analysis of publications in national and foreign databases: elibrary.ru, WoS, Scopus. Thematic search was performed using the following keywords: female suicidality, psychopathological disorders, psychological characteristics, social, cultural and genetic factors. *Results.* The features of suicidal behavior of women with schizophrenia, PTSD, adjustment disorder were analyzed. The uty65 features of female suicides (emotional lability, impulsiveness, psychological infantilism) are highlighted, and the characteristics of different age periods are described. Social problems of psychological maladjustment, cultural features, and genetic factors are highlighted. Innovative approaches to solving this problem are presented. A clinical case of a patient with an adjustment disorder and suicidal behavior is described. *Conclusions:* Female suicidality is associated with mental disorders, psychological characteristics, genetic, social and cultural factors.

Keywords: female suicidality, psychopathological disorders, psychological characteristics, social, cultural and genetic factors

Female suicidality is a complex and multifactorial phenomenon that can be caused by various biological, psychological and social factors. Depression, anxiety disorders, bipolar disorder and other mental illnesses can significantly increase the risk of suicidal thoughts and actions. Most studies show that women may be more prone to expressing their emotions and experiences, which may effect their suicidal tendencies [1-3].

Mental disorders of not only the affective circle influence suicidal behavior. In particular, Among hospitalized patients with schizophrenia, suicide risk peaks shortly after discharge from the hospital. The rate of suicide attempts is significantly higher in men with schizophrenia than in women. Some studies have shown that patients with schizophrenia who attempted suicide had better cognitive function [4].

The suicidal risk in patients with schizophrenia is assessed using four parameters: suicidal behavior risk status (assessment of general risk factors characteristic of patients with schizophrenia); suicidal behavior risk status (risk for a person compared to his or her condition before the illness or outside of an exacerbation of the illness); availability of resources to prevent suicidal behavior; predictable events that could increase the risk of suicidal behavior [5].

Adjustment disorder is a condition that is frequently diagnosed among women with suicidal behavior. Patients present with suicidal ideation, interpersonal difficulties, and self-harm. Self-poisoning is the most common form of suicide attempt [6]. Adjustment disorder is characterized by three main limitations: inadequately defined criteria for clinical significance, attribution of adjustment disorders to other diagnoses, and failure to recognize the importance of contextual factors, which may pathologize normal human adaptive processes. The presence of false positive and false negative diagnoses reduces the likelihood of detecting suicidal intent [7]. Suicidal patients with adjustment disorder are characterized by previous psychiatric treatment, poor psychosocial functioning during treatment initiation, dysphoric mood, and psychomotor restlessness [8]. Female patients under the age of 39 who suffer from adjustment disorders with a predominance of depressive reactions show statistically significant elevated cortisol levels compared to mentally healthy women (p=0.015) and patients with depressive disorders (p=0.039) [9]. Women develop a protracted course of adaptation disorder, often hypothyroidism, with statistically significant differences in the content of T-lymphocyte subpopulations [10].

A retrospective study by psychiatrists at the University of Virginia Hospital of suicidal behavior in female patients with adjustment disorders showed that 60.5% of patients had a documented suicide attempt in the past, 96% were suicidal at the time of admission [11]. Diagnoses in patients with adjustment disorders were risk factors for subsequent suicidal behavior [12]. Demographic and clinical characteristics of 370 Dublin patients, as well as the associations between clinical manifestations, suicidal ideation and behavior using multivariate analysis, revealed the significance of young age, absence from family, and the presence of severe depressive symptoms with suicidality in adjustment disorders [13].

Women are more sensitive to the influence of PTSD as an additional factor, exhibiting a number of behavioral traits characteristic of the "male" type of suicidal actions. Their main psychological and emotional problem is anger. They are more susceptible to the influence of hopelessness as a manifestation of pessimism about the future. Even minor effects can have an effect on suicidal behavior, for example, cosmophysical factors can be a trigger to strengthen the suicidal dominant before the crisis [14].

Specific personality disorders and personality pathologies form a psychopathological basis as a general vulnerability factor for suicidality [15].

Eating disorders often lead to suicidal activity. Expressed negative emotions, guilt and shame for one's figure and appearance, prolonged overeating, fear of being overweight, unsuccessful attempts to lose weight lead to anti-vital experiences [16].

Psychological maladjustment is often the basis of suicidal behavior. Clinical and epidemiological analysis has identified the main characteristics of female suicidal behavior: emotional lability, impulsivity, young age, psychological infantilism, social maladjustment (lack of support in the family, failure at work or school). A special group consists of patients with repeated non-suicidal self-harm and untreated affective disorder [17].

Demonstrative suicide attempts by women constitute a significant portion of toxicological suicides that do not end in death. As a rule, these are women with a mental disorder or a psychological personality trait, an age crisis, a psychotraumatic situation, or a decrease in social or material status. It is not emotional reactions that come as the basis of the developing maladaptation, but rather the woman's desire to draw attention to problems that she cannot resolve at the moment. It is worth noting that vital barriers remain strong and pronounced self-destruction does not occur [18].

Women who have experienced physical, sexual or emotional abuse have a higher risk of suicidal thoughts and attempts. It has been empirically found that women who have experienced sexual abuse in adolescence, compared to women who have not experienced such abuse, are characterized by higher levels of anxiety, aggression, depression, and suicidal behavior [19].

The state of panic and helplessness are predictors of suicidal behavior in women [20]. Other predictors of suicidal behavior include demonstrativeness and affectivity , uniqueness, failure, low self-esteem, social anxiety, social maladjustment, loneliness, despair, loss of hope, depression. A connection has been shown between the severity of self-harm and the individual psychological makeup of the personality (a tendency toward conflict, outbursts of aggression and anxious-depressive reactions, neuroticism, low self-esteem) [21].

The problem of differential diagnostics of true incomplete suicide from demonstrative suicidal behavior is relevant [22]. Drawing up a psychological portrait of a potential suicide may be considered as a stage of prevention of such deviant forms [23]. Numerous social factors at the micro, meso and macro levels are a real risk for the manifestation of suicidal activity [24]. Women may experience pressure from society, stereotypes associated with the role of women, as well as problems with self-esteem and identity. Social stereotypes: a woman is a mother, wife, housewife, negatively affect the psychological state of a woman. The inability to give birth to a child changes her quality of life and social activity, contributes to the development of depression with ideas of self-blame. Problems in personal relationships with a husband, close relatives, lack of social support and isolation can contribute to the development of suicidal thoughts [25]. Severe somatic diseases associated with hopelessness are often the cause of suicidal behavior [26].

Periods of significant change, such as the transition to adulthood, pregnancy, or menopause, may be associated with an increased risk of suicide [27, 28]. In addition, decreased social activity, physical infirmity, mental fatigue, chronic illness, or serious medical conditions may negatively impact mental health and increase the risk of suicide.

People aged 75 and older often use poisoning, including painkillers, to commit suicide. Women statistically significantly more often resort to falling under transport to end their lives. Mental disorders in old age (psychosis, depressive states) are diagnosed in 8% of cases in retrospective assessment. These suicide attempters often commit self-immolation, expressing thoughts about the end of the world, their own sins, and religious ideas [29].

Depression in childhood and adolescence in most cases is masked, which is associated with greater severity of behavioral disorders and somatovegetative symptoms, cerebrosthenic and hypochondriacal manifestations in the presence of vague clinical signs of affective disorders [30]. Orphans and children left without parental care stand out – their social maladjustment is the basis for suicidal behavior and requires a certain prevention program [31].

In some cultures or religions, there may be taboos around discussing mental health, making it difficult to obtain assistance. Rates of deliberate self-harm in the UK are reported to be higher among South Asians, particularly women aged 18–24. These rates have been linked to alienation, cultural conflict and previous attempts [32]. South Asian cultural values do influence

the interpersonal suicide theory, as South Asian women may be more at risk of suicidal ideation [33]. A study of suicidal behaviour in Slavic individuals with PTSD found higher mortality with increased hopelessness, firm suicidal intent, depression and victimhood. Women were more susceptible to the influence of PTSD as an additional factor, displaying a 'masculine' behavioural stereotype when carrying out suicidal acts [34]. "There are women who are to lie beneath the sod" – a phrase by O. Mandelstam characterizes the faces of literary suicide. Russian prose of the nineteenth century describes typical features of "literary" "female" suicide. Thanatological images in a broad cultural-historical and philosophical context define the psychological features of female suicide attempters and express social protest against the oppression of the environment [35].

Population and molecular genetic studies support the clinical findings. Offspring of suicidal probands matched for suicidal behavior showed a higher risk of attempted suicide than offspring of nonsuicidal probands. Familial burden of suicide attempts may influence transmission rates as well as the age of onset of suicidal behavior, and its effect may be mediated by familial transmission of impulsive aggression [36, 37]. Genetic studies have tried for decades to find a "suicide gene" to prematurely identify individuals at higher risk of attempting suicide, but these studies have failed to find a gene or group of genes that differentiate suicidal from non-suicidal subjects. This type of technology has given rise to genome-wide association studies (GWAS), with which some authors have demonstrated differences in the genome of patients with suicidal ideation [38] Molecular studies of suicide risk by members of the Psychiatric Genomics Consortium and the International Suicide Genetics Consortium have identified significant genome-wide loci associated with suicidal behavior and death by suicide and have examined these phenotypes in the context of core psychopathology and beyond [39]. Identifying genes involved in suicidal behavior and their interactions with genetic and non-genetic factors may help develop more effective screening, prevention, and treatment [40].

It is necessary to restructure the worldview positions of suicidology for constructive interaction for the prevention of suicides and their severe medical and social consequences [14]. The formation of positive ideas about one's future, responsibility and awareness of choice in various life situations, the development of emotional intelligence and stress resistance are the basis of safety [24]. Such a uniform system of relationships forms a certain continuum of the unconscious and conscious [41], gives rise to the manifestation of positive stereotypes in both socio-psychological and cultural aspects. It is necessary to introduce culturally sensitive psychological interventions to help women who may be more susceptible to the risk of suicidal behavior, to seek help and treatment. It is important to carry out psychological prevention of the development of codependent and suicidal behavior, using techniques and methods recognized by the psychological community. Psychotherapeutic, pharmacological or neuromodulatory treatment of mental disorders can often prevent suicidal behavior; Furthermore, regular monitoring of people who attempt suicide by mental health services is key to preventing future suicidal behavior [42].

Particular attention should be paid to interdepartmental cooperation in providing psychological and psychiatric assistance in emergency situations, mental hygiene and psychoprophylaxis as necessary conditions for strengthening public mental health, and training personnel in the field of psychiatry [43].

It is important to note that each case is individual, and the combination of these factors may vary from woman to woman. Suicide prevention requires a comprehensive approach, including access to mental health care and community support.

To summarize the above, *a clinical case is presented*.

Patient Z., born in 1958.

Diagnosis and treatment were carried out with the informed consent of the patient.

The girl's father committed suicide when she was seven years old. Her mother poisoned herself with acetic acid two years after her husband's death. As a child, she often suffered from colds. She liked to communicate with boys more, found a common language with them better, and was a leader. By nature, she was sociable, lively, but capricious, willful. At the age of eight, after a strong fright, she began to stutter. Relations in the family were conflictual, the mother treated the children rudely, cruelly punished them for any offense. After the death of her mother, during her school years, her character changed, she became more reserved, responsible, was a mediocre student, and did not show any special interest in studying. She studied at a boarding school, and remembers this time as the hardest. In her teens, being 15-16 years of age, she became more dissolute in her behavior, strove for independence, ran away from the boarding school, began to drink alcohol, and smoked. At the age of 17, while intoxicated, she was raped (gang rape). In 1995, she married a peer for love, there were constant scandals and fights in the family, her husband often did not come home at night, the patient broke dishes, furniture, and out of helplessness she decided to commit suicide, took ten mezapam pills. Her husband washed her stomach, and she did not go to the doctor. After that she repeated the suicide attempt, trying to change the situation and influence her husband with her behavior. Independently, she contacted the Tomsk Research Institute of Mental Health for the first time in 1996. She was diagnosed with psychopathy of the hysterical-excitable circle at the decompensation stage, she was treated with neuleptil, and did not take treatment after that. In 1997, she gave birth to a child, the pregnancy proceeded with gestosis, a girl with developmental defects was born. In 2000, her brother committed suicide in the next room, he suffered from alcoholism. She took the loss very hard, blamed herself, and began to abuse alcohol. In this state, she re-

peatedly attempted suicide, poisoned herself with Allochol pills, and stopped sleeping. She went to the Health Research Institute again, and was diagnosed with: Hysterical personality disorder. Hysterical-dysthymic syndrome.

The family continued to have scandals, the husband abused alcohol, suspected the patient of cheating. Due to constant scandals and fights, the child had hysterics. The pediatrician diagnosed her with bronchial asthma. The patient would take it out on the child and hit her. In 2008, she was robbed. A drug addict threatened her with a knife, stole the gold, "she was ashamed that she could not cope with the situation." Under the influence of a momentary impulse, she poisoned herself, took about 40 suprastin pills. She called her friend to say goodbye. The friend called an ambulance, she was in a psychiatric ward in the city of Seversk. That same year, she dated a married man for five months. After breaking up with him, she drank two phenazepam standards and two bottles of beer in his presence. She asked him to call a taxi "so as not to die in front of him." She spent three days at home and did not seek help. The patient's husband beat her, after which she again went to the clinics of the Tomsk National Research Medical Center's Mental Health Research Institute with complaints of anxiety, irritability, suicidal behavior, sleep disorders, blood pressure fluctuations, and psychovegetative manifestations, where she underwent treatment with neuleptil and rexetine. She did not take treatment after discharge. In 2009, she was hospitalized again, with cliché-type complaints. She talks about her alcohol abuse upon admission without embarrassment, bragging. Headaches, blood pressure increases with nausea and vomiting became more frequent. She took sonapax 25 mg in the department. She did not continue treatment after that.

For the last three years she lived with a man, he helped around the house and financially. She divorced her husband when her son was born, but they lived together in the same living space, they were able to move out only two years later, however she was beaten by him and suffered a concussion.

Officially, the patient worked as a junior teacher in a kindergarten for eight years, then as a cleaner at a school for two years. She notes that she always dressed well, wore furs and gold, "had connections with local authorities, her husband earned well." For the last four years, she has been caring for a disabled neighbor so that she could eventually get an apartment. For twenty-five years, she cared for her disabled uncle, who died in January 2025. As a result, the relative with whom she shared the care responsibilities rewrote the apartment in her name, leaving the patient without an inheritance. Because of the "stab in the back, betrayal," her mood worsened, she became irritable, hot-tempered, her hands began to "shake," she "lost" her memory, episodes of alcoholism became more frequent, and her night's sleep was disturbed. She independently sought examination and treatment at the TNMRC Health Research Institute clinics.

Mental status. The patient looks according to her passport age. She uses decorative cosmetics moderately. Her hair is reddish-brown to her shoulders. Her facial expressions and pantomime are lively. Her clothes are comfortable and sporty. She is active in conversation, interrupts the doctor, demands increased attention, and is irritable. She understands the need to answer questions, speaks about the past reluctantly, does not go into details, cries when recalling the death of her parents, brother, and rape, “all memories of the past are blocked.” She cannot “pull herself together.” She is fixated on experiences related to the betrayal of a relative, “it knocked me down, for me, the main thing is to help my children financially, this is my goal in life.” The patient finds it difficult to find a common language with her son, “he may repeat my brother’s fate.” Her gestures are active. Her speech is emotional. She is prone to dramatization with a sense of guilt and categorical self-deprecating assessments. Depressed mood, emotional vulnerability is expressed, tearful, notes that she is not restrained in communication with loved ones, loses her temper, "can get worked up over a trifle." Anxious, anxiety is accompanied by increased heart rate, "hands shake," voice disappears. Work capacity is reduced. Sleep is disturbed, often wakes up with anxiety. Feels tired, "empty," "I used to be more focused, stronger," "I need to get back the lost energy." Constantly compares herself internally with "the one that was."

Intelligence corresponds to the received education and lifestyle. Concrete thinking, prone to getting stuck, constructing difficult-to-correct concepts. Memory is slightly reduced, attention is exhaustible. Suicidal thoughts are not observed at the moment. There are no productive symptoms. The status is qualified as dysthymic-dysphoric syndrome with an anxious, agrypnic component within the diagnosis: Adaptation disorder with a predominance of disturbance of other emotions. F43.23. Histrionic personality disorder, compensation. F60.41.

Treatment: Teraligen – 5 mg/ day, Paxil 29 mg / day, Sibazon 5 mg / day. IV aminophylline, physiotherapy, exercise therapy.

In addition to pharmacotherapy, the patient participated in the Scientific and Practical Module "Stress-No" under the psychoeducational program: "Anxiety disorders, clinical manifestations, basics of self-regulation", "Psychogeny. Strategies for coping with stress", "Relaxation techniques. Trances. Meditations." During the sessions, cognitive-behavioral and trance psychotherapy were conducted, emotional, behavioral and cognitive factors of autoaggression were determined, a psychological reserve was formed, social strategies for the future were considered, and personal recommendations were given.

The patient's condition improved significantly: anxiety disappeared, vegetative manifestations were leveled out, her mood became more even, previous experiences lost their significance and emotional coloring,

her sleep returned to normal, and she became more sociable.

The analysis of this clinical case showed that suicidal behavior consists of several vectors. First of all, genetic predisposition (father, mother, brother are suicidal), unfavorable social conditions (upbringing in a family with low material income with hypoprotection, studying in a boarding school), severe physical and mental trauma in youth (raped at 17), antisocial behavior, alcoholism, the formed family stereotype of "solving problems through suicide" (multiple unfinished and demonstrative suicides), difficulties in forming one's own family, adequate socialization, infantilism in solving the main challenges of life.

Conclusion

Thus, suicidal behavior of women consists of numerous factors. Based on the opinion of researchers, the most frequently encountered negative effects are identified. This is, first of all, the presence of psychopathological disorders and their rank can vary from endogenous to borderline conditions. Recently, special emphasis has been placed on adaptation disorders. Further, a special psychological profile of patients: a tendency to conflict, outbursts of aggression and anxious-depressive reactions, neuroticism, low self-esteem. a state of panic and helplessness. Physical and psychological trauma in childhood and adolescence, and upbringing in social institutions cause significant damage to psychological adaptation. An existential crisis, a decrease in self-identification as a full-fledged woman, severe somatic diseases, age-related changes, and cultural stereotypes can provoke autoaggression. Population and molecular genetics studies confirm clinical data.

Changing the psychological attitude of people prone to autoaggressive behavior is relevant. It is necessary to use innovative psychotherapeutic, pharmacological and neuromodulatory strategies and monitor people who try to commit suicide. Interdepartmental cooperation and training of personnel competent in the field of suicidology are becoming important.

Литература / References:

1. Vijayakumar L. Suicide in women. *Indian J Psychiatry*. 2015. Jul; 57 (2): 233–238. DOI: 10.4103/0019-5545.161484
2. Васильев В.В. Суициды пожилых женщин с органическими психическими расстройствами сосудистого генеза: описание клинических случаев. *Девиантология.* 2021; 5 (1): 14-22. [Vasiliev VV. Suicides of older women with organic mental disorders of vascular origin: description of clinical cases. *Deviant Behavior (Russia). Deviant Behavior (Russia).* 2021; 5 (1): 14-22.] (In Russ) DOI: 10.32878/devi.21-5-01(8)-14-22
3. Mendez-Bustos P, Lopez-Castroman J., Baca-García E., Ceverino A. Life cycle and suicidal behavior among women. *Scientific World Journal*. 2013. Feb 28.485851. DOI: 10.1155/2013/485851
4. Корнетова Е.Г., Галкин С.А., Корнетов А.Н., Меднова И.А., Козлова С.М., Бохан Н.А. Перекрёстное психометрическое исследование пациентов с параноидной шизофренией с наличием или отсутствием суицидальных попыток в анамнезе. *Суицидология.* 2024; 15 (1-54): 170-182. [Kornetova EG, Galkin SA, Kornetov AN, Mednova IA, Kozlova SM, Bokhan NA. Cross-sectional psychometric study of patients with paranoid schizophrenia with or without a history of suicide attempts. *Suicidology.* 2024; 15 (1-54): 170-182.] DOI: 10.32878/suiciderus.24-15-01(54)-170-182
5. Мунин А.О., Голубев С.А. Дефиниция суицидального риска у пациентов с шизофренией (обзор литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2024; 2 (123): 65-74. [Munin AO, Golubev SA. Definition of suicide risk in patients with schizophrenia (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Narcology.* 2024; 2 (123): 65-74]. DOI: 10.26617/1810-3111-2024-2(123)-65-74
6. Fegan J, Doherty A. Adjustment disorder and suicidal behaviours presenting in the general medical setting: a systematic review. *International Journal* of *Environmental Research and Public Health*. 2019; 16: 2967. DOI: 10.3390/ijerph16162967
7. Baumeister H, Maercker A, Casey PE. Adjustment disorder with depressed mood. *Psychopathology.* 2009; 42 (3): 139-147. DOI: https://doi.org/10.1159/000207455
8. Pelkonen M, Marttunen M, Henriksson M, Lönnqvist J. Suicidality in adjustment disorder-clinical characteristics of adolescent outpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2005 May; 14 (3): 174-180. DOI: 10.1007/s00787-005-0457-8. PMID: 15959663
9. Левчук Л.А., Биктимиров Д.Р., Гуткевич Е.В., Рощина О.В., Васильева С.Н., Казенных Т.В., Перчаткина О.Э., Аксенов М.М. Гуморальные факторы анаболического и катаболического баланса у женщин с депрессивными расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2024; 1 (122): 18-26. [Levchuk LA, Biktimirov DR, Gutkevich EV, Roshchina OV, Vasilyeva SN, Kazennykh TV, Perchatkina OE, Aksenov MM. Humoral factors of anabolic and catabolic balance in women with depressive disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Narcology*. 2024; 1 (122): 18-26.]. (In Russ) DOI: 10.26617/1810-3111-2024-1(122)-18-26
10. Никитина В.Б., Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Э., Ветлугина Т.П., Аксенов М.М., Бохан Н.А. Иммунологические маркеры прогнозирования затяжного течения расстройства адаптации у женщин с гипотиреозом. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2024; 3 (124): 19-27. [Nikitina VB, Belokrylova MF, Garganeeva NP, Rudnitsky VA, Perchatkina OE, Vetlugina TP, Aksenov MM, Bokhan NA. Immunological markers for predicting the protracted course of adaptation disorder in women with hypothyroidism. *Siberian Herald of Psychiatry and Narcology.* 2024; 3 (124): 19-27.]. (In Russ) DOI: 10.26617/1810-3111-2024-1(122)-18-26
11. Kryzhanovskaya L, Canterbury R. Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis.* 2001; 22 (3): 125-131. DOI: 10.1027//0227-5910.22.3.125
12. Zapata-Ospina JP, Jiménez-Benítez M, Fierro M. "I was very sad, but not depressed": phenomenological differences between adjustment disorder and a major depressive episode. *Front Psychiatry*. 2023; 11 (14): 1291659. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1291659
13. Casey P, Jabbar, F, O'Leary E, Doherty AM. Suicidal behaviours in adjustment disorder and depressive episode. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 174: 441-446. DOI: 10.1016/j.jad.2014.12.003
14. Опенко Т.Г. Проблема самоубийства с точки зрения синергетики: pourquoi pas? *Мир науки, культуры, образования*. 2009: 4 (16): 284-289. [Openko TG. The problem of suicide from the point of view of synergetics: pourquoi pas? *The world of science, culture, education*. 2009; 4 (16): 284-289].
15. Williams R, Chiesa M, Moselli M, Frattini C, Casini MP, Fonagy P. The relationship between mood disorders, personality disorder and suicidality in adolescence: does general personality disturbance play a significant role in predicting suicidal behavior? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation.* 2023; 10 (32). DOI: 10.1186/s40479-023-00238-9
16. Завалова Е.Р., Меринов А.В. Расстройства пищевого поведения в суицидологической практике. Обзор литературы. *Девиантология.* 2024; 8 (1): 39-45. [Zavalova ER, Merinov AV. Eating disoders in suicidology practice. Review. *Deviant Behavior (Russia).* 2024; 8 (1): 39-45.] DOI: 10.32878/devi.24-8-01(14)-39-45 (In Russ)
17. Емельянов Р.В., Лобова М.А., Цыганова А.С., Любов Е.Б. Клинико-эпидемиологические и социальные характеристики психически больных женщин с суицидальным поведением. *Научный форум. Сибирь*. 2023; 9 (2): 3-4. [Emelyanov RV, Lobova MA, Tsyganova AS, Lyubov EB. Clinical, epidemiological and social characteristics of mentally ill women with suicidal behavior. *Scientific forum. Siberia*. 2023; 9 (2): 3-4]. (In Russ)

18. Шоумаров Г.Б., Розанов В.А., Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Хонбабаева Р.Х., Акалаева А.А. Факторы суицидального поведения женщин. В сборнике: Скорая медицинская помощь – 2022. Мат. 21-го Всероссийского конгресса (Всероссийской научно-практической конференции с международным участием), посвященного 125-летию Первого Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета имени Академика И.П. Павлова. Санкт-Петербург, 2022. С. 145-146. [Shoumarov GB, Rozanov VA, Akalaev RN, Stopnitsky AA, Khonbabaeva RKh, Akalaeva AA. Factors of suicidal behavior in women. In the collection: Emergency Medical Care – 2022. Proceedings of the 21st All-Russian Congress (All-Russian Scientific and Practical Conference with International Participation) dedicated to the 125th anniversary of the First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov. St. Petersburg, 2022. P. 145-146]. (In Russ)
19. Локтионова М.С. Психологические особенности молодых женщин, переживших насилие и формы работы с ними. *Ростовский научный вестник.* 2022; 5: 82-87. [Loktionova MS. Psychological characteristics of young women survivors of violence and forms of work with them. *Rostov Scientific Bulletin*. 2022; 5: 82-87.]. (In Russ)
20. Чередниченко Н.И., Карась И.С. Взаимосвязь уровня созависимости и суицидальных рисков у молодых женщин и мужчин. *Мир науки. Педагогика и психология.* 2021; 9 (4): 1-11. [Cherednichenko NI, Karas IS. Correlation between the level of codependency and suicidal risks in young men and women. *The World of Science. Pedagogy and Psychology*. 2021; 9 (4): 1-11.]. (In Russ)
21. Шапошникова Ю.В. Несуицидальные самоповреждения в подростковом возрасте. факторы риска и особенности течения (обзор литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2024; 1 (122): 72-79. [Shaposhnikova YuV. Non-suicidal self-harm in adolescence. Risk factors and course characteristics (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Narcology.* 2024; 1 (122): 72-79]. (In Russ) DOI: 10.26617/1810-3111-2024-1(122)-72-79
22. Коростелева О.Е. Личностные особенности суицидентов с демонстративным суицидальным поведением. Межвузовский сб. научных трудов студентов и молодых ученых. Под ред. Ткаченко П.В. Курск, 2018. С. 224-230. [Korosteleva OE. Personal features of suicids with demonstrative suicidal behavior. Interuniversity collection of scientific works of students and young scientists. Ed. Tkachenko P.V. Kursk, 2018. P. 224-230]. (In Russ)
23. Леженко Ю.И., Малинина М.А. Социально-психологический анализ суицидального поведения. Психология, образование: актуальные и приоритетные направления исследований. Мат. международной студенческой научно- практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения Х.И. Лейбовича. Тверь, 23–24 апреля 2020. С. 349-354. [Lezhenko YuI, Malinina MA. Socio-psychological analysis of suicidal behavior. Psychology, education: relevant and priority areas of research. Materials of an international student scientific and practical conference dedicated to the 100th anniversary of the birth of H.I. Lyibovich. Tver, April 23–24, 2020. P. 349-354]. (In Russ)
24. Александрова Н.В., Ляхович В.А., Шмидт С.П. Социальные аспекты суицидального поведения при психических расстройствах. В сборнике: Личность специалиста: обучение, развитие, здоровье. Мат. V заочной международной научно-практической интернет-конференции. 2014. С. 141-149. [Aleksandrova NV, Lyakhovich VA, Schmidt SP. Social aspects of suicidal behavior in mental disorders. In the collection: Personality of a specialist: training, development, health. Proceedings of the V correspondence international scientific and practical Internet conference. 2014. P. 141-149].
25. Зотов П.Б., Матейкович Е.А., Сахаров С.П. и др. Бесплодие среди мотивов и факторов суицидального поведения у женщин. *Суицидология*. 2024; 15 (2): 131-152. [Zotov PB, Mateikovich EA, Sakharov SP, et al. Infertility among the motives and factors of suicidal behavior in women. *Suicidology.* 2024; 15 (2): 131-152]. (In Russ) DOI: 10.32878/suiciderus.24-15-02(55)-131-152
26. Зотов П.Б., Любов Е.Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях. *Тюменский медицинский журнал.* 2017; 19 (1): 3-24. [Zotov PB, Lyubov EB. Suicidal behavior in somatic and neurological diseases. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (1): 3-24.] (In Russ)
27. Хонбабаева Р.Х. Экзистенциальный кризис у женщин как триггер суицидального риска. В сборнике: Джанелидзевские чтения – 2023. Сб. научных трудов научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2023. С. 224-226. [Khonbabaeva RKh. Existential crisis in women as a trigger for suicidal risk. In the collection: Dzhanelidze Readings – 2023. Collection of scientific papers of the scientific and practical conference. St. Petersburg, 2023. P. 224-226]. (In Russ)
28. Хонбабаева Р.Х., Акалаева А.А., Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н. Мотивы суицидального поведения и суицидогенные конфликты у женщин. В кн.: Жизнеобеспечение при критических состояниях. Материалы Всероссийской конференции с международным участием. Научные редакторы: Ю.В. Заржецкий, О.А. Гребенчиков. 2018. С. 111-112. [Khonbabaeva RKh, Akalaeva AA, Stopnitsky AA, Akalaev RN. Motives for suicidal behavior and suicidogenic conflicts in women. In the book: Life support in critical conditions. Proceedings of the All-Russian conference with international participation. Scientific editors Yu.V. Zarzhetsky, O.A. Grebenchikov. 2018. P. 111-112]. (In Russ)
29. Голенков А.В., Зотов П.Б., Александрова Д.О., Султанов О.В. Суициды у россиян в возрасте обратного развития. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2024; 2 (123): 86-91. [Golenkov AV, Zotov PB, Aleksandrova DO, Sultanov OV. Suicides in Russians at the age of regression. *Siberian Herald of Psychiatry and Narcology.* 2024; 2 (123): 86-91.]. (In Russ) DOI: 10.26617/1810-3111-2024-2(123)-86-91
30. Шушпанова О.В., Голубева Н.И., Балакирева Е.Е., Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Шалина Н.С. Клинические особенности депрессивных расстройств в детском и подростковом возрастах. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2024; 4 (125): 47-55. [Shushpanova OV, Golubeva NI, Balakireva EE, Nikitina SG, Blinova TE, Shalina NS. Clinical features of depressive disorders in childhood and adolescence. *Siberian Herald of Psychiatry and Narcology.* 2024; 4 (125): 47-55]. (In Russ) DOI: 10.26617/1810-3111-2024-4(125)-47-55
31. Шайдуров А.В. Программа профилактики социальной дезадаптации воспитанников детских домов с ОВЗ. В сб.: Молодёжь третьего тысячелетия. сборник научных статей XLII региональной студенческой научно-практической конференции. Омский ГУ им. Ф.М. Достоевского. 2018. С. 802-805. [Shaidurov AV. Program for the prevention of social maladaptation of pupils of orphanages with disabilities. In the collection: Youth of the third millennium. Collection of scientific articles of the XLII regional student scientific and practical conference. Omsk State University named after F.M. Dostoevsky. 2018. P. 802-805] (In Russ)
32. Bhugra D. Suicidal Behavior in South Asians in the UK. Crisis. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention January.* 2002; 23 (3): 108-113. DOI: 10.1027//0227-5910.23.3.108
33. Panesar SS. Predictors of suicidal behaviour within South Asian females. *Masters thesis, University of Huddersfield.* 2016. http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/31632
34. Розанов В.А., Вукс А.Я., Караваева Т.А., Алтынбекова Г.И. Суицидальные попытки у мужчин и женщин на фоне посттравматического стрессового расстройства: роль безнадёжности и черт личности. *Суицидология.* 2024.; 15 (3): 48-73. [Rozanov VA, Vuks AJ, Karavaeva TA, Altynbekova GI. Suicide attempts in men and women suffering from post-traumatic stress disorder: role of hopelessness and personality traits. *Suicidology.* 2024; 15 (3): 48-73.]. (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.24-15-03(56)-48-73
35. Любов Е.Б. "Есть женщины, сырой земле родные": лики литературного суицида. глава I: нет и да. *Суицидология*. 2024; 15 (1): 143-169. [Lyubov EB. "There are women, native to the damp earth": faces of literary suicide. Chapter I: no and yes. *Suicidology*. 2024; 15 (1): 143-169.]. (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.24-15-01(54)-143-169
36. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2005; 133: 13–24. DOI: 10.1002/ajmg.c.30042

37. Kendler KS. Genetic and environmental pathways to suicidal behavior: reflections of a genetic epidemiologist. *Eur Psychiatry*. 2010; 25: 300–303. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2010
38. Buitrago SCC. Description of genetic factors associated with suicidal behavior and suicide: a topical review. *Revista de la facultad de medicina human*. 2024; 24: 3. Podcast.
39. DiBlasi E, Kang J, Docherty AR. Genetic contributions to suicidal thoughts and behaviors. *Psychol Med.* 2021. Oct; 51 (13): 2148-2155. DOI: 10.1017/S0033291721001720
40. Mirkovic B, Laurent C, Podlipski MA, Frebourg T, Frebourg T, Cohen D, Gerardin P. Genetic association studies of suicidal behavior: a review of the past 10 years, progress, limitations, and future directions. *Front. Psychiatry. Sec. Behavioral and Psychiatric Genetics*. 2016; 7: 158. DOI: 10.3389/fpsyt.2016.00158
41. Kozachenko HH, Piazza J. How children and adults value different animal lives. *Journal of Experimental Child Psychology.* 2021; 210: Art. 105204. DOI: 10.1016/j.jecp.2021.105204
42. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet.* 2016; 387 (10024): 1227–1239. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
43. Линевич В.Л. Суицидологическая помощь: актуальные тенденции. *Вестник Уфимского юридического института МВД России*. 2016; 4 (74): 87-92. [Linevich VL. Suicidological assistance: current trends. *Bulletin of the Ufa Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia.* 2016; 4 (74): 87-92.] (In Russ)

Information about the authors:

Kupriyanova Irina E. – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 1617-6349; Researcher ID: I-9441-2017; ORCID iD: 0000-0003-2495-7811). Place of work and position: leading researcher of the Department of Borderline States of the Research Institute of Mental Health of the Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences. Address: 4 Aleutskaya st., Tomsk, 634014, Russia. Phone: +7 (3822) 72-43-79, email: irinakupr@rambler.ru

Vasilieva Marina G. – psychiatrist (ResearcherID: NGS-4058-2025; ORCID iD: 0009-0002-6538-5688). Place of work and position: psychiatrist of the 1st clinical psychiatric department of the Mental Health Research Institute of the Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences. Address: 4 Aleutskaya st., Tomsk, 634014, Russia. Phone: +7 (3822) 72-43-19, email: mbogdanova861@gmail.com

Maltsev Valery S. – MD, PhD (SPIN-code: 9040-8619; ResearcherID: NGS-3904-2025; ORCID iD: 0009-0004-2878-7148). Place of work and position: psychiatrist, head of the 1st clinical psychiatric department of the Research Institute of Mental Health of the Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences. Address: 4 Aleutskaya st., Tomsk, 634014, Russia. Phone: +7 (3822) 72-43-19, email: valery04011971@gmail.com

Kazennykh Tatyana V. – MD, PhD (SPIN-code: 6956-3031; ResearcherID: J-1673-2017; Scopus Author ID: 57195285544; ORCID iD: 0000-0002-6253-4644). Place of work and position: Deputy Director for scientific and medical work of the Research Institute of Mental Health of the Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences. Address: 4 Aleutskaya st., Tomsk, 634014, Russia; professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Siberian State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation. Address: 2, Moskovsky tract, Tomsk, 634050, Russia. Phone +7 (3822) 72-43-79, email: tvk151@ya.ru

Вклад авторов:

И.Е. Куприянова: сбор материала, написание и редактирование текста рукописи;
М.Г. Васильева: описание клинического случая;
С.Н. Мальцев: редактирование клинического случая;
Т.В. Казенных: разработка концепции статьи, окончательный вариант статьи.

Authors’ contributions:

I.E. Kupriyanova: collection of material, writing and editing of the manuscript;
M.G. Vasilieva: described the clinical case;
S.N. Maltsev: editing of the clinical case;
T.V. Kazennykh: development of the article concept, final version of the article.

Финансирование: Исследование выполняется в рамках ПНИ «Разработка адаптивных методов комплексной терапии больных с гетерогенными психическими и поведенческими нарушениями при аддиктивных и непсихотических психических расстройствах». Номер госрегистрации: 123041900008-8
Financing: The study is being carried out within the framework of the PNI "Development of adaptive methods of complex therapy for patients with heterogeneous mental and behavioral disorders in addictive and non-psychotic mental disorders". State registration number: 123041900008-8

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 19.04.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 17.06.2025.

Для цитирования: Куприянова И.Е., Васильева М.Г., Мальцев В.С., Казенных Т.В. Суицидальное поведение женщин. *Суицидология.* 2025; 16 (2): 134-146. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-02(59)-134-146

For citation: Kupriyanova IE, Vasilyeva MG, Maltsev VS, Kazenykh TV. Suicidal behavior in women. *Suicidology*. 2025; 16 (2): 134-146. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-02(59)-134-146