

КАЧЕСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В СУИЦИДОЛОГИИ.

ЧАСТЬ I: ЗАЧЕМ И ПОЧЕМУ

Е.Б. Любов, П.Б. Зотов, А.Н. Куликов

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

QUALITATIVE RESEARCH IN SUICIDOLOGY. PART I: WHY AND WHAT FOR

Е.Б. Lyubov, P.B. Zotov,
A.N. Kulikov

Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre 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 клинической и профилактической 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, 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 и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии. Адрес: 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Куликов Алексей Николаевич (SPIN: 7472-5036; Author ID: 192586; Researcher ID: N-5302-2018; ORCID iD: 0000-0001-7963-7001). Место работы и должность: научный сотрудник отделения клинической и профилактической 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, 3, корп. 10. Телефон: +7 (495) 963-75-72, электронный адрес: aleks144@hotmail.com

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: Head of the Department of Oncology, Tyumen State Medical University. Address: Russia, 625023, Tyumen, 54 Odesskaya str; Head of the Siberian School of Preventive Suicidology and Deviantology. Address: 625027, Tyumen, 67 Minskaya str., bldg. 1, office 102. Phone: +7 (3452) 270-510, email (corporate): note72@yandex.ru

Kulikov Alexey Nikolaevich (SPIN-code: 7472-5036; Author ID: 192586; Researcher ID: N-5302-2018; ORCID iD: 0000-0001-7963-7001). Place of work: research fellow at 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: aleks144@hotmail.com

В первой части обзора литературы сообщено о месте и особенностях качественных исследований (КИ) как общепринятых научно доказательных подходах с привлечением уместных примеров в аспекте суицидологии. Даны основные представления о методологии, этических принципах, ограничениях и перспективах развития КИ.

Ключевые слова: суицидальное поведение, несуйцидальные намеренные самоповреждения, качественные анализ, методология, этические принципы

«Фактом величайшей важности является то,
что я вообще могу давать описательные показания.
Это, по меньшей мере, так же характерно для меня,
как то, что я дышу и питаюсь»
К. Коффка [1]

“The fact of the greatest importance is
that I can give descriptive evidence at all.
This is at least the same for me
like what I breathe and eat”
K. Koffka [1]

Качественные исследования (КИ) признаны научно доказательными в клинической медицине [2,

Qualitative research (QR) is recognized as scientifically evidence-based in clinical medi-

3]. Более 20 лет протокол КИ используют психиатрические исследования как ценный способ получения обширных данных, недоступных иным методам [4, 5, 6]. Однако, большинство исследований суицидального поведения (СП) – количественные. Менее 3% статей в ведущих журналах по суицидологии (как Crisis, Suicide and Life-Threatening Behavior, Archives of Suicide Research) использовали КИ [7]. Спустя декаду доля КИ (на примере отечественного журнала «Суицидология») не выросла, против ожиданий энтузиастов. Так, по данным Medline на 3 июня 2021 г., доля КИ среди клинических суицидологических исследований – менее 1,5%.¹

Ценность КИ для суицидологии и жизни в многомерном («холистическом») описании мотивов СП («усталости от пошлой жизни» с ожиданием посмертного нравственного перерождения, по Достоевскому), убеждений (как, потребности в кризисной помощи), эмоций и отношений, поведения, взаимодействий, событий повседневной жизни суицидента и его ближнего круга с выделением нематериальных факторов как гендерные роли, социально-культурный контекст [8].

Создание гипотезы. КИ создают «человеческое» измерение СП посредством подробного описания личного, а потому уникального, опыта; предлагают наилучшее приближение к объективным, непредвзятым наблюдениям и становится краеугольным камнем формулировки теории СП. Понимание СП контекстуализирует и историзирует переживание (например, психалгии, отчаяния).

Расширение понимания СП. КИ особо подходят в изучении точек зрения, жизненного опыта и внутреннего мира жертв СП [9, 10]. Предлагая уникальную перспективу «суицидального ума», КИ выявляют элементы СП, недоступные традиционным методам.

Так, обзор одиннадцати КИ восточноазиатских выборок [11] касался следующих тем: 1) влияния культурных убеждений; 2) роли неформальных опекунов; 3) особого социологического контекста.

Методология КИ согласована со стандартами психологического исследования с привлечением целостных «насыщенных описаний» и интересом к единичным случаям «изнутри». Феноменологический метод помогает психиатру понять, вжиться, всмотреться в мировидение больного [12]. Исследователи используют собственные глаза, уши и, желательнее, мозг для сбора, всестороннего описания и анализа выборки суицидентов с помощью разных методов, часто не менее двух.

cine [2, 3]. For more than 20 years, the QR protocol has been used by psychiatric research as a valuable way to obtain a wealth of data not available to other methods [4, 5, 6]. However, most studies of suicidal behavior (SB) are quantitative. Less than 3% of articles in leading journals on suicidology (such as Crisis, Suicide and Life-Threatening Behavior, Archives of Suicide Research) used QR [7]. A decade later, the share of QR (as in the example of the domestic magazine "Suicidology") did not grow, against the expectations of enthusiasts. So, according to Medline as of June 3, 2021, the proportion of clinical trials among clinical suicidological studies is less than 1.5%.

The value of QR for suicidology and life in a multidimensional ("holistic") description of the motives of SB ("fatigue from a vulgar life" with the expectation of a posthumous moral rebirth, according to Dostoevsky), beliefs (like the need for crisis help), emotions and relationships, behavior, interactions, events of daily life of the suicide and his inner circle with the allocation of intangible factors such as gender roles, socio-cultural context [8].

Creation of a hypothesis. QR creates the "human" dimension of SB through detailed descriptions of personal, and therefore unique, experiences; offer the best approximation to objective, unbiased observations and becomes the cornerstone of the SB theory formulation. Understanding SB contextualizes and historicizes the experience (for example, psychology, despair).

Expanding understanding of SB. QR is especially suitable for studying the points of view, life experience and inner world of SB victims [9, 10]. By offering a unique perspective on the "suicidal mind," QR identifies elements of SB that are inaccessible to traditional methods.

Thus, a review of eleven QR from East Asian samples [11] dealt with the following topics: 1) the influence of cultural beliefs; 2) the role of informal guardians; 3) a special sociological context.

The QR methodology is consistent with the standards of psychological research with the use of holistic "rich descriptions" and interest in isolated cases "from the inside". The phenomenological method helps the psychiatrist to understand, get used to, peer into the patient's worldview [12]. Researchers use their own eyes, ears, and, preferably, the brain to collect, comprehensively describe, and analyze a sample of suicides using a variety of methods, often at

¹Произвольный поиск без фильтров (1,4%) и через индекс The Medical Subject Headings, или MeSH (0,5%)
Random search without filters (1.4%) and through The Medical Subject Headings index, or MeSH (0.5%)

Источники и формы КИ следующие: полевые заметки, аудио (видео) записи и стенограммы (собеседования в больничной палате или доме за некий период времени).

Источниками феноменологического анализа служат *содержание* визуальных и текстовых материалов при интерпретации слов и изображений из фильмов, произведений искусства, музыки и СМИ, но более – самоописаний, дневников, содержащих «важные интуиции, богатые и чуткие описания душевной жизни, указывающие специфические характеристики, компоненты, составы переживаний» [13].

Письма юного Вертера указывают последовательные этапы суицидогенеза, а описание агонии годно для отчёта судебного эксперта.

Более современный пример:

дневник жертвы самоубийства использован для анализа внутренних форм СП ежемесячно до гибели [14].

Серия из сотни исповедальных историй «Преодоление» [15] членов Всероссийского общества самопомощи душевнобольных «Новые возможности» привлекает внимание к СП в период нелеченого психоза и антисуицидальных факторах (как креативность) в русле личностно-социального восстановления.

Исследователи делают выводы, как использованы слова и изображения в их уникальном контексте. Анализ цифровых материалов пользователей социальных сетей распространён в суицидологии [16, 17].

Возможен лингвистический анализ писем (молодого человека другу за два года до самоубийства) с привлечением компьютерной программы [18].

Наиболее распространены: 1) непосредственное наблюдение; 2) углублённые (глубинные) интервью и 3) фокус-группы. Каждый метод подходит для сбора определенного типа данных [19].

Наблюдение «за стеклом» за естественным поведением суицидента в обычном окружении без его ведома (при соблюдении конфиденциальности). Феноменологическая психология обращена к опыту субъекта в описании стороннего наблюдателя [20].

Глубинный опрос с глазу на глаз оптимален для сбора данных о личной истории, опыте «деликатной темы» СП. Исследователь приступает к собеседованию с заготовленным набором открытых вопросов или тем обсуждения, но позволяет развить разговор в зависимости от ответов опрашиваемого; определяет темы, представляющие интерес (как мотивы самоповреждения), позволяя участнику беседовать своими словами.

При разработке теоретической модели суицидального кризиса центральным может быть вопрос: «Каково замышлять суицид?». Затем – интервью для углубленного изучения выделенных первичным ана-

least two.

The sources and forms of QR are as follows: field notes, audio (video) recordings, and transcripts (interviews in a hospital room or home over a period of time).

The sources of phenomenological analysis are the *content* of visual and textual materials in the interpretation of words and images from films, works of art, music and the media, but even more – self-descriptions, diaries containing “important intuitions, rich and sensitive descriptions of mental life, indicating specific characteristics, components, composition of experiences” [13].

Young Werther's letters indicate the successive stages of genesis of suicide, and the description of the agony is suitable for a forensic report.

A more modern example:

the diary of a suicide victim was used to analyze the internal forms of SB on a monthly basis until death [14].

A series of hundreds of confessional stories “Overcoming” [15] by members of the All-Russian Society for Self-Help of the Mentally Ill “New Opportunities” draws attention to SB during the period of untreated psychosis and anti-suicidal factors (like creativity) in the mainstream of personal and social recovery.

Researchers draw conclusions about how words and images are used in their unique context. Analysis of digital materials of users of social networks is widespread in suicidology [16, 17]. A linguistic analysis of letters (from a young man to a friend two years before self-murder) is possible using a computer program [18].

The most common methods are: 1) direct observation; 2) in-depth (in-depth) interviews and 3) focus groups. Each method is suitable for collecting a certain type of data [19].

“Behind the glass” *observation* of the natural behavior of a suicide attempter in a normal environment without them knowing it (while maintaining confidentiality). Phenomenological psychology refers to the experience of the subject in the description of an outside observer [20].

In-depth, face-to-face interview is optimal for collecting data on personal history, experience of the “delicate topic” of SB. The researcher starts the interview with a prepared set of open-ended questions or discussion topics but allows the conversation to develop depending on the respondent's answers; identifies topics of interest (as motives for self-harm) allowing the participant to converse in their own words.

лизом основных тем лично, по телефону или электронной почте, с вниманием к предпочтениям участника.

Так, антология факторов «мужского суицида» [21] неудовлетворительно объясняет уязвимость одних мужчин к СП и стойкость других под гнётом неблагоприятных жизненных событий и психопатологии.

Полуструктурированный углублённый опрос 15 мужчин 20-76 лет, госпитализированных в остром постсуицидальном периоде [22] объясняет стыд за «неудачную» попытку» провалом мужского идеала самоконтроля. Присвоение ответственности, уровень решимости и осмысленности действия значимы для прогноза и предотвращения СП, исходя из рутинных гендерных культурных сценариев СП.

КИ суицида подростка проясняет отсутствие эффекта психотерапии [23].

Устный рассказ сложен подробными длительными (хорошо – душевными) беседами с одним или несколькими участниками.

Близкий жертвы суицида («выживший») выступает экспертом своей жизни; естественный язык рассказа (пережитого опыта) становится средством анализа смыслов.

Исследователь внимательно вслушивается в слова собеседника, взаимодействуя с ним, согласно их индивидуальным особенностям и привычкам, побуждает уточнить (прояснить) ответы.

Фокус-группа из 5-15 участников обсуждает вопросы КИ, например, дорабатывают состав вопросов полуструктурированного интервью.

Этнографическое наблюдение – наиболее интенсивный и углублённый метод, пришедший из антропологии (вспомним Миклухо Маклая). Исследователь как участник событий, самолично приобретает опыт в группе участников несколько месяцев-лет для углублённого долгосрочного отчета о событиях или тенденциях социальных взаимодействий, поведения и восприятия в группах участников [24].

Члены группы самопомощи сообщают об облегчении горя со временем при возвращении к обычной жизни и делятся наработанными средствами совладания с суицидальными мыслями.

Стигматизированные и обычно избегающие помощи члены ЛГБТ сообщества сообщают о высоком риске СП [25].

Набор участников КИ. Согласованное понимание предпосылок и целей, мотивирующих участника, помогает развивать и совершенствовать компетентность в сборе качественных данных. Цели исследования и характеристики исследуемой совокупности (например, размер и разнообразие) суицидентов определяют размеры и характеристики выборки.

Главный исследователь и члены исследовательской группы тесно (желательно) взаимодействуют с «приврат-

When developing a theoretical model of a suicidal crisis, the central question may be: "What is it like to contemplate suicide?" followed by an interview for in-depth study of the main topics highlighted by the initial analysis in person, by phone or e-mail, with attention to the preferences of the participant.

Thus, the anthology of factors of "male suicide" [21] unsatisfactorily explains the vulnerability of some men to SB and the resistance of others under the yoke of unfavorable life events and psychopathology.

A semi-structured in-depth survey of 15 men aged 20–76 years hospitalized in the acute post-suicidal period [22] explains the shame for "unsuccessful attempt" by the failure of the male ideal of self-control. Assignment of responsibility, the level of determination and meaningfulness of action are significant for predicting and preventing SB, based on the routine gender cultural scenarios of SB.

QR of adolescent suicide clarifies the lack of effect of psychotherapy [23].

Oral story is complicated by detailed long (intimate) conversations with one or several participants.

The loved one of the suicide victim (the "survivor") acts as an expert on their life; the natural language of storytelling (experience) becomes a means of analyzing senses.

The researcher listens attentively to the words of the interlocutor, interacting with them, according to their individual characteristics and habits, encourages to clarify (clarify) the answers.

A focus group of 5-15 participants discusses QR issues, for example, finalizing the set of questions for a semi-structured interview.

Ethnographic observation is the most intensive and in-depth method that came from anthropology (remember Miklouho Maclay). A researcher, as a participant in events, personally gains experience in a group of participants for several months or years for an in-depth long-term report on events or trends in social interactions, behavior and perception in groups of participants [24].

Self-help group members report grief relief over time by returning to normal life and share their best practices for coping with suicidal thoughts.

Stigmatized and generally avoidant members of the LGBT community report a high risk of SB [25].

Recruitment of QR participants. A consistent understanding of the prerequisites and goals that motivate the participant helps to develop and improve competence in collecting

никами» (членами сообщества на официальных или неофициальных должностях) при разработке плана набора участников. Критерии отбора могут быть гибко изменены, если новые темы, вопросы или группы участников важны для КИ, начальный сбор данных или группы людей бесполезны для вопросов исследования.

В КИ обычны следующие методы выборки.

Целенаправленная (целевая) выборка группирует участников согласно цели исследования и избранным критериям включения (например, столичные школьники с несуйцидальными самоповреждениями или близкие жертвы суйцида, готовые общаться). Размеры выборки определены ресурсами и временем, целями исследования, теоретической насыщенностью (новые участники не прибавляют дополнительных знаний). Выборка наиболее успешна, когда сбор, обзор и анализ данных одновременны.

Квотная выборка, иногда отнесённая к целевой, хороша в оценке количества участников с определёнными (социо-демографическими, клиническими) характеристиками, согласно критериям включения и исключения, например, возраст (дети и подростки), место жительства (селяне), наносящие себе несуйцидальные самоповреждения (порезы).

Стратегии схожи в намерении выделить участников на основе избранных критериев. Квотная выборка конкретнее в выборе размеров и пропорций подгрупп, чтобы отразить соответствующие пропорции, например, половое соотношение, как в возрастной популяции в данной местности. Целенаправленная выборка использована, когда число участников приблизительно.

Отбор «снежным комом» («цепная» выборка), вариант целенаправленной выборки. Участники и / или информаторы посредством социальных сетей привлекают новых участников из «скрытых групп населения» (например, из ЛГБТ сообщества).

Трудности набора. КИ – итеративный процесс, потому допустимо менять стратегии набора при согласовании с комитетом по этике. Например, изменить набор критериев включения или увеличить выборку.

Этические вопросы КИ [26]. Исследовательская этика касается взаимодействия исследователей и участников КИ. Согласованные стандарты исследовательской этики помогают гарантировать учёт потребностей и интересов участников КИ. Профессиональная этика имеет дело дополнительно сотрудничества исследователей, наставничества, интеллектуальной собственности, фальсификации данных и плагиата.

Специалисты в областях биомедицины и общественного здравоохранения без знаний социальных наук стремятся соблюсти практику биоэтики, пред-

quality data. The objectives of the study and the characteristics of the target population (for example, size and diversity) of suicides determine the size and characteristics of the sample.

The Principal Investigator and Research Team members will work closely (preferably) with gatekeepers (community members in formal or informal positions) to develop a recruitment plan. Selection criteria can be flexibly modified if new topics, questions or groups of participants are important to the QR, the initial collection of data or groups of people are not useful for the research questions.

The following sampling methods are common in QR.

A targeted (targeted) sample groups participants according to the purpose of the study and the selected inclusion criteria (for example, Moscow schoolchildren with non-suicidal self-injuries or relatives of suicide victims who are ready to communicate). Sample sizes are determined by resources and time, research objectives, theoretical saturation (new participants do not add additional knowledge). Sampling is most successful when data collection, review and analysis are simultaneous.

A quota sample, sometimes referred to as a target sample, is good at assessing the number of participants with certain (socio-demographic, clinical) characteristics, according to inclusion and exclusion criteria, for example, age (children and adolescents), place of residence (villagers), inflicting non-suicidal self-harm (cuts).

The strategies are similar in intent to select participants based on selected criteria. Quota sampling is more specific in choosing the sizes and proportions of subgroups to reflect the corresponding proportions, for example, sex ratio, as in the age population in a given locality. Targeted sampling is used when the number of participants is approximately.

Sampling "snowball" ("chain" sampling), a variant of targeted sampling. Participants and/or informants use social networks to attract new participants from "hidden groups of the population" (for example, from the LGBT community).

Difficulties of recruitment. QR is an iterative process, therefore it is permissible to change recruitment strategies in consultation with the ethics committee. For example, change the set of inclusion criteria or increase the sample.

Ethical issues of QR [26]. Research ethics concerns the interaction of researchers and participants in QR. Agreed research ethics standards help ensure that the needs and inter-

ложив обязать исследователя уважать ценности и интересы общества и, по возможности, защищать его от вреда [27]. Если предстоит выбор между возможным вредом участнику и ущербом КИ, жертвуют исследовательским интересом, но в КИ редок такой выбор.

Участник КИ уважаем и защищён в аспектах независимости, анонимности, конфиденциальности, справедливости, благотворительности и недобросовестности (эксплуатации уязвимости) [28].

Благотворительность (благодеяние) означает «справедливое» уменьшение психосоциальных рисков при увеличении выгод участников. Так, последние должны пользоваться преимуществами полученных знаний (о риске СП).

Польза самооценки психического состояния до и после КИ двоякая: отслеживание благополучия участников и побуждение их к самоконтролю при лучшем понимании влияния исследования на них, что важно и для будущих исследований.

Знания, ценности и отношения в обществе (представления о СП) имеют решающее значение для успеха КИ и могут, в свою очередь, зависеть от процесса или их результатов.

В обеспечении благотворительности, уважения человеческого достоинства и справедливости – три основных принципа этики. КИ не несут риск физического вреда, как иные медицинские вмешательства, но не безопасны. Так, собеседование, длительное, углубленное, по чувствительной теме (СП), воспринимается навязчивым и неприятным. Справедливость означает, что у всех участников равное отношение и право участвовать в КИ. Исследователи, выполняя принцип благотворительности, избегают «неудобных» и / или нежелательных вопросов (как и при психиатрическом «зондировании»).

Граждане могут привлекать лидеров и местные организации к ответственности за недоразумения или другие проблемы, вызванные поведением персонала КИ.

Конфиденциальность. Чёткие стратегии защиты рассматривают до сбора данных КИ. Как в медицинских исследованиях, обязательства конфиденциальности защищают достоинство и права участника, минимизирует риск вреда разглашения личной информации. Так, использован код (последовательный номер) участника (вместо личных данных) в отчёте. Конфиденциальность гарантирована хранением базы данных КИ в безопасном месте с доступом только исследователей с паролем в почтовой программе gmail; данные уничтожат спустя пять лет.

Этические проблемы возникают при изображении участников и защите анонимности деталей данных [29, 30, 31].

ests of QR participants are taken into account. Professional ethics deals additionally with research collaboration, mentoring, intellectual property, data falsification and plagiarism.

Professionals in biomedicine and public health without knowledge of the social sciences strive to adhere to the practice of bioethics by suggesting that the researcher be obliged to respect the values and interests of society and, where possible, to protect it from harm [27]. If there is a choice between possible harm to the participant and damage to the QR, research interest is sacrificed, but such a choice is rare in QR.

The QR participant is respected and protected in the aspects of independence, anonymity, confidentiality, fairness, charity and bad faith (exploitation of vulnerabilities) [28].

Charity (beneficence) means “equitably” reducing psychosocial risks while increasing the benefits of the participants. So, the latter should take advantage of the knowledge gained (about the risk of SB).

The benefits of self-reported mental health before and after QR are twofold: tracking the well-being of participants and encouraging them to self-control with a better understanding of the impact of the study on them, which is important for future research as well.

Knowledge, values and attitudes in society (perceptions of QR) are critical to the success of QR and can, in turn, be influenced by the process or its outcomes.

There are three basic principles of ethics in ensuring charity, respect for human dignity and justice. QR does not carry the risk of physical harm like other medical interventions, but they are not safe. So, an interview, long, in-depth, on a sensitive topic (SB), is perceived as intrusive and unpleasant. Fairness means that all participants are treated equally and have the right to participate in QR. Researchers, following the principle of charity, avoid “uncomfortable” and / or unwanted questions (as in psychiatric “probing”).

Citizens can hold leaders and local organizations accountable for misunderstandings or other problems caused by the behavior of QR staff.

Confidentiality. Clear protection strategies are considered prior to collecting QR data. As in medical research, confidentiality obligations protect the dignity and rights of the participant and minimize the risk of harm from disclosing personal information. So, the participant's code (sequential number) was used (instead of personal data) in the report. Confidentiality is guaranteed by keeping the QR database in a secure

Показательна реакция большинства соавторов сборника «Преодоление» [15] на вопрос разрешения публикации их ФИО и фотографий: «конечно, если *это* кому-то поможет».

Однако.

Лидер Всероссийского общества самопомощи, снятый много лет назад с психиатрического наблюдения в связи с социально-личностным выздоровлением, претерпел неожиданные трудности при продаже недвижимости, так как покупатели обнаружили в Сети его выступление на съезде «Новых возможностей» и требовали «психиатрической экспертизы».

Общие терапевтические отношения исследователя и участников влекут дополнительные этические требования [32]. КИ есть диалог, и важны границы между тем, что говорит участник и что исследователь – участнику. Разговор – социальный акт, требующий взаимных уступок. Исследователи «получают» информацию участников и «отдают» – взамен. Всем нравится говорить о том, что слышат и изучают, и исследователи – не исключение. Участники могут болезненно относиться к любым комментариям при разглашении их персоналий и откровений.

Раскрытие намерения СП участником поднимает фундаментальные этические вопросы, например, можно считать ли самоубийство разумным выбором, есть ли право нарушать конфиденциальность для предотвращения СП [33-35]. Примат конфиденциального общения пациента и профессионала не абсолютен при риске для больного и / или окружающих.

Дилемма типична для практики «Телефонов доверия».

Судопроизводство десятка штатов США опирается на «прецедент Tarasoff»: психотерапевт открыл полиции намерения пациента-сталкера убить бедную Татьяну, что, увы, не предотвратило трагедии.

Сбор данных КИ требует большего, чем случайное общение. Границы отношений требуют тщательного обсуждения, возможно, повторного, при особом внимании к правильному их завершению [36], чтобы участник не почувствовал (а вдруг) себя «использованным материалом».

Информированное согласие (ИС) – важнейший инструмент, гарантирующий участникам ответственно и осознанно решить, хотят ли участвовать в КИ, их уважение в их ходе. Процедуры ИС основаны на национальных и международных принципах этики исследований. Первой задачей ИС служит информирование о КИ в понятной форме. Это многоэтапный процесс. Можно обратиться к неформальным и формальным помощникам суицидентов (особо – малолетним) и «привратникам» для объяснения результатов КИ, организовать форум заинтересованных лиц, привлекая добровольцев и защитников прав пациентов, где заинтересованные могут узнать и спрашивать

place with access only to researchers with a password in the gmail mail program; the data will be destroyed after five years.

Ethical concerns arise in portraying participants and protecting the anonymity of data details [29-31].

The reaction of the majority of the co-authors of the collection “Overcoming” [15] to the question of permission to publish their names and photographs is indicative: “of course, if *it* helps someone”.

However.

The leader of the All-Russian Self-Help Society, removed from psychiatric observation many years ago due to their social and personal recovery, experienced unexpected difficulties in the sale of real estate, as buyers found his speech on the Web at the New Opportunities convention and demanded a “psychiatric examination”

The general therapeutic relationship between the researcher and the participants imposes additional ethical requirements [32]. QR is a dialogue, and the boundaries between what the participant says and what the researcher says to the participant are important. Conversation is a social act that requires mutual concessions. Researchers “receive” information from the participants and “give” it back. Everyone loves to talk about what they hear and study, and researchers are no exception. Participants may be sensitive to any comments when disclosing their personalities and revelations.

The disclosure of the intention of the joint venture by the participant raises fundamental ethical questions, for example, whether suicide can be considered a reasonable choice, whether there is a right to violate confidentiality to prevent the joint venture [33-35]. The primacy of confidential communication between the patient and the professional is not absolute at the risk to the patient and / or others.

The dilemma is typical of the Helpline practice.

The judicial proceedings of a dozen US states are based on the “Tarasoff precedent”: a psychotherapist revealed to the police the intentions of a stalker patient to kill poor Tatiana, which, alas, did not prevent the tragedy.

Collecting QR data requires more than casual communication. The boundaries of relations require careful discussion, possibly repeated, with special attention to their correct completion [36], so that the participant does not feel (and suddenly) that he is “used material”.

Informed consent (IC) is an essential tool that guarantees participants to responsibly and

о КИ, распространить информационные бюллетени, рекламные объявления или брошюры, привлечь местные СМИ, создать консультативный общественный совет. Или исследователи 1-2 недели разговаривают с потенциальными участниками один на один для завоевания доверия и понимания. Иногда требуется предварительное официальное разрешение лидеров сообщества или «привратников».

ИС подходит для биомедицинских исследований как КИ с минимальным риском, когда взаимное доверие исследователя и участника сомнительно. Этический комитет утверждает протокол КИ, определяет необходимость ИС (для всех КИ, кроме наблюдения). Иногда ИС участников невозможно или не обязательно, как при анализе анонимных архивов зарегистрированных электронных писем без прямого контакта с участниками, оценки или вмешательства.

Процесс ИС включает чёткое объяснение проекта, комментарии с учётом социально-культурного фона и образовательного уровня потенциальных участников, для понимания цели КИ, ожиданий от них, гарантий конфиденциальности и добровольности. Участнику и/или его близкому следует сообщить и о затратах времени (примерная длительность опроса) и денег (поездка для собеседования); ожидаемые риски и психологические и социальные выгоды.

Печатная форма ИС с описанием КИ и сопряженных с ним рисков, и пользы утверждена этическим комитетом; подписана участником, исследователем, возможно, свидетелем. В бланке ИС – имя и контактная информация местного ведущего исследователя, с которым можно связаться по вопросам или проблемам исследования; имя и контактная информация лица (обычно председателя местного комиссии по этике), с которым можно связаться по вопросам прав участника исследования. Информация понятна на языке и соответствует образованию участника.

Этические комитеты требуют точного указания, как и когда получено ИС. Участник КИ и/или его формальный или неформальный опекун (взрослый) подписывает форму, документально подтверждая согласие на КИ (опрос). Неграмотным зачитывают текст, они ставят отметку («крестик»), вслед – подпись свидетеля подлинности согласия. Устное согласие означает, что участник информирован и согласен на участие; приемлемо для КИ с минимальным риском или когда нарушение конфиденциальности и есть основной риск, а подписанное ИС становится единственным элементом идентификации.

Добровольность участия. ИС привлекает внимание к причинам участия и допускает его регулярный пересмотр. Участники свободны от принуждения или

consciously decide whether they want to participate in QR, their respect in their course. IC procedures are based on national and international principles of research ethics. The first task of the IC is to inform about QR in an understandable form. This is a multi-step process. You can turn to informal and formal suicide assistants (especially juveniles) and gatekeepers to explain the results of QR, organize a stakeholder forum, involving volunteers and patient advocates, where interested people can learn and ask about QR, distribute newsletters, advertisements or brochures, involve local media, create a public advisory council. Or, the researchers spend 1-2 weeks talking with potential participants one-on-one to gain trust and understanding. Sometimes, prior authorization from community leaders or “gatekeepers” is required.

IC is suitable for biomedical research as a QR with minimal risk when the mutual trust of the researcher and the participant is questionable. The Ethics Committee approves the protocol of the QR, determines the need for IC (for all QRs, except for observation). Sometimes IC of participants is not possible or necessary, as in the analysis of anonymous archives of registered emails, without direct contact with participants, evaluation or intervention.

The IC process includes a clear explanation of the project, comments, taking into account the socio-cultural background and educational level of potential participants, to understand the purpose of the QR, expectations from them, guarantees of confidentiality and voluntariness. The participant and / or his relatives should be informed about the time spent (approximate duration of the survey) and money (trip for the interview); anticipated risks and psychological and social benefits.

The printed form of the IC with a description of the QR and the associated risks and benefits was approved by the ethics committee; signed by the participant, researcher, possibly witness. The IC form contains the name and contact information of the local lead researcher who can be contacted about research questions or problems; the name and contact information of the person (usually the chair of the local ethics committee) who can be contacted regarding research participant rights. The information is understandable in language and corresponds to the education of the participant.

Ethics committees require precise indication of how and when IC is obtained. The QR participant and / or his formal or informal guardian (adult) signs the form, documenting their consent to the QR (survey). The text is read out to the illiterate, they put a mark

необоснованного побуждения к КИ исследователями или иными лицами (близкими). Возможен беспрепятственный отзыв ИС в любое время, желательно, с объяснением причин. Как в любых медицинских исследованиях, принципы ИС и конфиденциальности защищают достоинство и права участника, снижая риск вольных и невольных злоупотреблений и небрежности исследователей.

Потенциальные участники *компетентны* принимать осознанные и взвешенные решения об участии в КИ. Психиатрический диагноз сам по себе и риск СП не означает априори неспособности понимания ИС, но лишь часть его контекста [37].

Персонал КИ (все напрямую контактирующие с участниками), в идеале, обучен этике научных исследований и сертифицирован до полевых работ.

Различия количественных исследований и КИ.

Количество и статистическая значимость. Количественные исследования: а) оценивают распространенность СП в группах риска (клинико-эпидемиологические исследования); б) определяют эффективность кризисного вмешательства; в) оценивают групповые факторы риска СП.

Описательная в КИ и логическая (Inferential) статистика.

Типичное количественное исследование средствами логистической регрессии выделяет демографические характеристики, суицидальные попытки в прошлом и употребление спиртного как предикторы СП.

Но потеря родителя подростком (по биографиям) облегчают понимание жизни и смерти Мэрилин Монро.

Идиографические (idiographic) и номотетические (nomothetic) подходы [38]. Первый (в количественных анализах) – имеет дело со статистикой и обобщениями. Второй (в КИ) – предполагает интенсивное изучение уникальных личностей [39].

Феноменологические и интерпретационные подходы. Личные (У. Стайрон, С. Плат) или систематизированные самоописания страдающих от визита «чёрной дамы»¹ феноменологичны, а психоаналитическая теория изобилует интерпретациями. В КИ нет цифр, чисел и описательной или логической статистики, но в изучении индивидуума есть место статистике. При важности $p < 0,05$ и узких доверительных интервалов человек не равен цифре, и количественные исследования ограничены *описанием факторов, а не объяснением или пониманием.*

Так, некое 8-недельное РКИ показало уменьшение суицидальных мыслей подростков с помощью мобильного

("cross"), followed by the signature of the witness of the authenticity of the consent. Verbal consent means that the participant is informed and agrees to participate; acceptable for QR with minimal risk, or when breach of confidentiality is the main risk, and the signed IP becomes the only element of identification.

Voluntary participation. IC draws attention to the reasons for participation and allows for regular revision. Participants are free from coercion or unreasonable inducement to QR by researchers or other persons (relatives). Unimpeded revocation of IC is possible at any time, preferably with an explanation of the reasons. As with all medical research, the principles of IC and confidentiality protect the dignity and rights of the participant, reducing the risk of voluntary and involuntary abuse and negligence of the researchers.

Potential participants are competent to make informed and informed decisions about participation in QR. Psychiatric diagnosis in itself and the risk of SB does not mean a priori inability to understand IC, but only a part of its context [37].

QR staff (all in direct contact with participants) are ideally trained in research ethics and certified prior to fieldwork.

Differences between quantitative studies and QR.

Quantity and statistical significance. Quantitative studies: a) assess the prevalence of SB in risk groups (clinical and epidemiological studies); b) determine the effectiveness of crisis intervention; c) assess group risk factors for joint ventures.

QR descriptive and Inferential statistics.

Typical quantitative logistic regression studies highlight demographic characteristics, past suicide attempts, and alcohol use as predictors of SB.

But the loss of a parent as a teenager (biographies) makes it easier to understand the life and death of Marilyn Monroe.

Idiographic (idiographic) and nomothetic (nomothetic) approaches [38]. The first (in quantitative analyzes) deals with statistics and generalizations. The second (in QR) presupposes an intensive study of unique personalities [39].

Phenomenological and interpretive approaches. Personal (W. Styron, S. Plath) or systematized self-descriptions of those suffering from the visit of the "black lady" are phenome-

¹ Например, Юханнисон К. История меланхолии: О страхе, скуке и чувствительности в прежние времена и теперь. Пер. шведск. Новое литературное обозрение, 2019. / For example, K. Johannison A Story of Melancholy: On Fear, Boredom and Sensitivity in the Old Time and Now. Per. Swedish New Literary Review, 2019.

приложения, но в подгруппе этнических меньшинств нет эффекта. Фокус-группа или индивидуальные интервью помогут понять, *почему*. Возможно, низкая приверженность связана со стигмой сверстников. Результаты могут помочь в создании более доступного вмешательства для подростков из этнических меньшинств.

Объяснение против понимания. Понятные связи отличны от каузальных. Так, понимаем СП, исходя из мотивов (попадая в логическую ловушку «всё, что после этого – из-за этого»), а каузально – следствием нарушения баланса неких транзиттеров. Понимание психического явления, исходя из другого, называют психологическим объяснением. Понятные психические связи названы внутренней каузальностью в отличие от «настоящей», внешней каузальности. Телеологические количественные исследования озадачены вопросом «зачем, с какой целью?» простым линейным причинно-следственным путём [40, 41], недостаточным для глубокого понимания и объяснения СП.

Теоретики видят и находят причины СП (детерминанты трагичного выбора) в генах и патофизиологии, другие – в социальных (микросоциальных) факторах, третьи – рассматривают СП как комплексный (биопсихосоциальный) феномен [42].

Трудность понимания и оценки результатов предотвращения СП – в относительно редкой эпидемиологической частоте (особо, слава Богу, суицидов). Чтобы эффективнее предотвращать самоубийства, следует повысить уровень самоубийств. «Только тогда мы сможем его снизить!» [43]. Поэтому первоочередные антисуицидальные усилия особо показательны в регионах со сверхвысокими (высокими) показателями суицидов и в демографических и / или клинических группах высокого риска СП.

Вопрос: «Почему люди убивают себя?» после многих лет изучения неразрешим (З. Фрейд вторит Э. Шнайдман). Совершают суициды в 90% лица вне поля внимания специалистов, и большинство из группы высокого риска – не реализуют СП [44].

Различия количественных исследований и КИ суммированы в таблице 1 [45-47].

Ограничения КИ. Основные недостатки – методологические: доступ к данным немногочисленных и выборочным участникам частичный и выборочный: может быть не учтён гендерный (возрастной) аспект СП при анализе сообщений социальной сети.

Результаты КИ не всегда возможно обобщить (*generalizability*) в других контекстах.

В выборке молодых мужчин и женщин с единичными и множественными суицидальными попытками, различной продолжительности постсуицидального периода и леченных в разных больницах результаты можно обобщить только на молодых, и отношение может отличаться в других странах (регионах).

nological, and psychoanalytic theory is replete with interpretations. There are no numbers, numbers, or descriptive or logical statistics in QR, but there is room for statistics in the study of the individual. For $p < 0.05$ and narrow confidence intervals, the person is not a digit, and quantitative research is limited to *describing* factors rather than *explaining or understanding*.

Thus, a certain 8-week research showed a decrease in suicidal thoughts in adolescents using a mobile application, but there was no effect in the subgroup of ethnic minorities. A focus group or one-to-one interview can help you understand why. Possibly low adherence is related to peer stigma. The findings may help create more affordable interventions for ethnic minority adolescents.

Explanation versus understanding. Understandable connections are different from causal ones. So, we understand SB, proceeding from the motives (falling into the logical trap "everything that is after that is because of this"), and causally as a consequence of the imbalance of some transmitters. Understanding a mental phenomenon based on something else is called a psychological explanation. Understandable psychic connections are called internal causation as opposed to "real", external causation. Teleological quantitative research is puzzled by the question "why, for what purpose?" simple linear causal path [40, 41], insufficient for a deep understanding and explanation of SB.

Theorists see and find the causes of SB (determinants of tragic choice) in genes and pathophysiology, others believe it lies in social (microsocial) factors, and some others consider SB as a complex (biopsychosocial) phenomenon [42].

The difficulty of understanding and assessing the results of prevention of SB is in a relatively rare epidemiological frequency (especially, thank God, suicides). To better prevent suicide, the suicide rate should be increased. "Only then can we reduce it!" [43]. Therefore, priority anti-suicidal efforts are especially indicative in regions with ultra-high (high) suicide rates and in demographic and / or clinical groups at high risk of joint ventures.

Question: "Why do people kill themselves?" after many years of study it is unsolvable (Z. Freud is echoed by E. Schneidman). In 90% of people commit suicide outside the field of attention of specialists, and most of the high-risk group do not implement SB [44].

The differences between quantitative studies and QR are summarized in the table [45-47].

Таблица / Table 1

Различия количественных исследований и КИ / Differences between quantitative studies and QR

Подход Approach	Количественные исследования Quantitative research	КИ QR
Общие рамки Common frames	В опросниках жёсткий стиль выявления и категоризации ответов. Высоко структурированные методы (анкеты, опросы и наблюдения). Questionnaires have a rigid style of identifying and categorizing responses. Highly structured methods (questionnaires, surveys and observations).	Исследование явления. Гибкий итеративный стиль выявления и категоризации ответов. Полуструктурированные методы (подробные интервью, фокус-группы и наблюдение за участниками). Study of the phenomenon. Flexible iterative style of identifying and categorizing responses. Semi-structured methods (in-depth interviews, focus groups and participant observation).
Цели* Aims*	Количественная оценка вариации (риска СП). Прогнозирование причинно - следственных связей. Описание характеристик. Подтверждение гипотезы (о СП). Проверка гипотезы. Определение фактов, причинно-следственных связей, результатов. Обобщение результатов в особых группах населения (эффективность селективной профилактики). Quantification of variation (risk of SB). Predicting causal relationships. Description of characteristic sticks. Confirmation of the hypothesis (about SB). Hypothesis testing. Determination of facts, causal relationships, results. Generalization of results in special groups of the population (the effectiveness of selective prophylaxis).	Описание вариаций. Описание и объяснение взаимосвязей, индивидуального опыта, групповых норм. Развитие концепции. Изучение значения (смысла). Описание множественных реальностей и перспектив. Создание обобщающей теории. Quantification of variation (risk of SB). Predicting causal relationships. Description of characteristic sticks. Confirmation of the hypothesis (about SB). Hypothesis testing. Determination of facts, causal relationships, results. Generalization of results in special groups of the population (the effectiveness of selective prophylaxis).
Дизайн Design	зависит от статистических допущений и условий; предопределён, структурирован, неизменен, предписывающий, воспроизводимый. Ответы участников (суицидентов) не влияют на направление и содержание вопросов исследователя в будущем. depends on statistical assumptions and conditions; predetermined, structured, unchanging, prescriptive, reproducible. The answers of the participants (suicide attempters) do not influence the direction and content of the researcher's questions in the future.	итеративный (сбор данных и вопросы корректируются в ходе исследования: добавление, исключение или формулировка). Развивается (гибок), непрерывный, невоспроизводимый, неструктурированный. Ответы участников влияют на вопросы исследователя в следующем проекте. is iterative (data collection and questions are corrected during the study: addition, deletion or wording). It develops, is flexible, continuous, non-reproducible, unstructured. The participants' answers influence the questions of the researcher in the next project.
Формат вопросов Questions format	Закрытые фиксированные вопросы в заданном порядке для значимого сравнения участников. Closed fixed questions in a given order for meaningful comparison of participants.	Открытые вопросы. Участники свободно и подробно отвечают своими словами в отличие от дихотомических «да» или «нет», неподвижные для исследователя, богатые и объяснительные. Исследователь адаптирует последующие вопросы почему или как к начальным ответам участников. Open questions. Participants answer freely and in detail in their own words, in contrast to the dichotomous "yes" or "no"; unexpected for the researcher, rich and explanatory. The investigator adapts the subsequent why or how questions to the participants' initial answers.

Данные Data	статистические, измеримые. Предопределённые переменные. Формат числовой (присвоение числовых значений ответам). statistical, measurable. Predefined variables. Numeric format (assigning numeric values to answers).	обширные (экстенсивные), широкомасштабные. Формат: обширные «тексты» из аудиокассет, видеокассет и полевых заметок. Ограничена числовая информация. extensive (detailed), large-scale. Format: extensive "texts" from audio tapes, videotapes and field notes. Quantative information is limited.
Выборки Samples	Предметы (субъекты). Большие (популяционные) репрезентативные выборки в ходе структурированного отбора. Контрольные группы и плацебо Objects (subjects). Large (population-based) representative samples in the course of structured selection. Control groups and placebo.	Описания (серии) случаев Малое число участников в целевой и теоретической выборках. Нет нужды в репрезентативности. Без контрольных групп / плацебо. Descriptions (series) of cases. A small number of participants in the target and theoretical samples. No need for representativeness. No control groups / placebo.
Связи участников Participants connections	Отдельные, отдаленные, с целью избежать смещения. Никакого взаимодействия или влияния. Исследование «надличностное». Separate, distant, in order to avoid displacement. No interaction or influence. Research is "transpersonal".	Отношения участников. Доверие и близость. Субъективные, предвзятые взгляды. Признание влияний. Исследование людей. Отношения исследователя и участника неформальны. Спонтанность и адаптация взаимодействия. Relationship of the participants. Trust and closeness. Subjective, biased views. Recognition of influences. Researching people. The relationship between the researcher and the participant is informal. Spontaneity and adaptation of interaction.
Методы Methods	Экспериментальные, полуконтрольные. Анкеты. Опросники. Эпидемиологический. Experimental, semi-experimental. Questionnaires. Questionnaires. Epidemiological.	Опросы, наблюдение, фокус-группы, анализ документов. Теоретический. Polls, observation, focus groups, document analysis. Theoretical.
Инструменты Tools	Шкалы, тесты, опросники, аппараты, инструменты. Scales, tests, questionnaires, apparatus, tools	Исследователь и инструментарий. Записывающее устройство. Графики. Researcher and their toolbox. Recorder device. Graphs.
Анализ данных Data analysis	Итоговый сбор данных. Статистическая обработка. Пакет компьютерных программ. Дедуктивный. Final data collection. Statistical processing A package of computer programs. Deductive.	Гипотеза строится в течение исследования, повторного анализа. Продолжающийся. Повествовательный / лингвистический анализ. Индуктивный. The hypothesis is built during the study, re-analysis. Continued. Narrative / linguistic analysis. Inductive
Результаты Results	Проверка гипотезы. Сравнение результатов с другими исследованиями. Следуют руководящим принципам. Hypothesis testing. Comparison of results with other studies. Follow the guiding principles.	Критический отзыв на проблему. Плотное описание. Развитие новой гипотезы. Critical feedback on the problem. Detailed description. Development of a new hypothesis
Проблемы Problems	Контроль переменных. Отношение к неоднозначной реальности. Смещения, редукционизм. Control of variables. Attitude towards ambiguous reality. Displacements, reductionism.	Нестандартизированные процедуры. Много слов вместо чисел. Интенсивность. Нет простого ответа. Трудоёмкость. Non-standardized procedures. Lots of words instead of numbers. Intensity. There is no simple answer. Labor intensity.

*Цели количественного и КИ не взаимоисключающие, предполагая различные методы и, следовательно, навыки. Гибкость – не показатель научной точности метода, но его целей. / The aims of quantitative and QR are not mutually exclusive, suggesting different methods and therefore skills. Flexibility is not a measure of the scientific accuracy of a method, but of its aims.

При анализе электронной почты исследователи лишены дополнительных вопросов, например, о намерении обращения за помощью; невозможен анализ поведения в поисках помощи в прошлом без первых сообщений. Выводы не могут быть обобщены за пределами отправителей электронной почты; должно быть количественное эпидемиологическое исследование риска и защитных факторов СП.

Истории суицидентов требуют времени и терпения, но внимание к их мнению и нуждам укрепляет доверительные отношения с профессионалами [48].

Разнообразие историй и потребностей участников КИ не вписываются в рамки группирования по уровню риска СП [49].

Направление КИ в некоей степени непредсказуемо, и риски участника сложно установить изначально [50].

Взаимосвязаны чувствительность темы КИ и уязвимость (вследствие психиатрического расстройства) участников [51], но они не ограничивают возможности КИ [52] при бдительности исследователя. Ожидаемы трудности одобрения этических норм КИ касательно деликатной (но не табуированной) темы СП [53, 54] при недоказанной взаимосвязи риска СП и КИ [55, 56]. Вряд ли упоминание СП заставит перейти к действию (к вопросу «спрашивать или нет пациента»), но возможно преходящее неудобство [57, 58].

Напротив, некоторые сообщили об уменьшении суицидальных мыслей или отметили, что участие в КИ позволило им впервые обсудить животрепещущую проблему [59, 60].

Нет единого мнения о критериях качества КИ [61].

«Субъективные» ощущения в силу их наличия, объективны, но следует научно обоснованно уточнить формулировки больных и избавиться от догматической установки, предвзятости наблюдателя (слушателя) в силу односторонности восприятия и теоретической ориентации [3]. КИ (синтез) зависят от суждения и понимания авторов.

Не каждый респондент (профессионал или «привратник», «человек из толпы», суицидент и/или его близкий) готовы поделиться мнениями в ходе традиционных интервью или обсуждения. Набор данных ограничен одним форумом и блогом из-за схожести формата и контекста.

Участники обследованы обычно в период психиатрического (психологического) лечения, ретроспективно оценивая СП.

Система прогнозирования СП ограничена текстовыми сообщениями на языке исследователя (к

Limitations of QR. The main disadvantages are methodological: access to data of not numerous and selective participants is partial and selective: the gender (age) aspect of SB may not be taken into account when analyzing messages from a social network.

QR results are not always generalizable in other contexts.

In a sample of young men and women with single and multiple suicidal attempts, different lengths of the post-suicidal period and those treated in different hospitals, the results can be generalized only for young people, and the attitude may differ in other countries (regions).

When analyzing e-mail, researchers are deprived of additional questions, for example, about the intention of seeking help; it is impossible to analyze the behavior in search of help in the past without the first communication. Findings cannot be generalized outside of email senders; there should be a quantitative epidemiological study of the risk and protective factors of SB.

Suicide attempters' stories take time and patience but paying attention to their opinions and needs builds trust with professionals [48].

The variety of stories and needs of QR participants do not fit into the grouping by the level of risk of SB [49].

The direction of QR is somewhat unpredictable, and the participant's risks are difficult to establish initially [50].

The sensitivity of the subject of QR and vulnerability (due to psychiatric disorder) of the participants [51] are interrelated, but they do not limit the possibilities of QR [52] with the vigilance of the investigator. Difficulties in approving the ethical norms of QR regarding the delicate (but not tabooed) topic of SB are expected [53, 54] with an unproven relationship between the risk of SB and QR [55, 56]. It is unlikely that mentioning of SB will force one to proceed to action (to the question "to ask the patient or not"), but a transient inconvenience is possible [57, 58].

However,

some reported a decrease in suicidal thoughts or noted that participation in QR allowed them to discuss this burning issue for the first time [59, 60].

There is no consensus on the quality criteria for QR [61].

"Subjective" sensations, due to their presence, are objective, but one should scientifically clarify the patient's formulations and get rid of the dogmatic attitude, the bias of the observer (listener) due to the one-sidedness of perception and theoretical orientation [3]. QR (synthesis) depends on the judgment and understanding of the authors.

вопросу «трудностей перевода»). Аннотирование сотен постов занимает много времени. Компьютерное программное обеспечение оправдано большим объёмом данных, но критикуемо за беспристрастное обезличивание (достоинство – в том же).

Молодые женщины, жители столичной Джакарты (Индонезия), на онлайн-платформе делились [62] опытом СП, указывали личные, семейные и социальные факторы риска, проблемы психического здоровья (депрессию). Не осведомлены о местных службах охраны психического здоровья, но намерены обратиться за профессиональной помощью; в суицидальном кризисе ищут помощи онлайн-консультантов, прибегают к неформальным и формальным источникам поддержки. Опасения стигмы и бремя СП (включая финансовое) могут иметь особый культурный механизм. Необходимы доступные городские службы охраны психического здоровья, просвещение, направленное на активный поиск помощи, искоренения стигмы СП в культурно значимой программе профилактики.

При увеличении интереса к КИ, гипотезы СП немногочисленны в силу неадекватности статистических методов, разнородности («качества») исследований без учёта размера эффекта [63].

Указание ограничений КИ повышает доверие к публикации, позволяя читателям оценить важность и достоверность результатов.

Развитие КИ.

Качественный синтез (метасинтез). В КИ важны позиция участника и построение с исследователем контекста множественной и сложной реальности [64] при «перекрестной привязке» к многим (4-8 и более) пересекающимся темам, чтобы выйти за границы результатов отдельного исследования и превратить «целое в нечто большее, чем подразумевают отдельные части» [65].

Тематический синтез требует систематического подхода к сбору, анализу и интерпретации результатов растущего массива КИ и их всеобъемлющей интерпретации [66-68] представляет нечто большее, чем сумму результатов. По Клоду Леви-Строссу [69], *bricoleur* («мастер на все руки»), реорганизует отдельные части (здесь – КИ) в единое целое для нового смысла [70]; изучает опыт и перспективы участников глубоко, согласно КИ, и широко (при интеграции исследований из различных контекстов медицины и участников).

Исчерпывающий систематический поиск использует расширенные выборки [66, 71]. Подход представляет описательную или трансцендентную феноменологию из ряда этапов заключения в скобки

Not every respondent (professional or "gatekeeper", "person from the crowd", suicide attempter and / or their loved one) is ready to share their views in traditional interviews or discussions. The dataset is limited to one forum and blog due to the similarity of format and context.

Participants were usually examined during the period of psychiatric (psychological) treatment, retrospectively assessing SB.

The SB forecasting system is limited to text messages in the language of the researcher (to the question of "translation difficulties"). It takes a long time to annotate hundreds of posts. Computer software is justified by the large amount of data but is criticized for impartial impersonalization (dignity is the same).

Young women, residents of Jakarta the capital (Indonesia), on an online platform shared [62] their SB experience, indicated personal, family and social risk factors, mental health problems (depression). They were not aware of local mental health services but intended to seek professional help; in a suicidal crisis, they seek for help of online consultants, resort to informal and formal sources of support. Fears of stigma and the burden of SB (including financial) may have a distinct cultural mechanism. Accessible city mental health services are needed, educating on actively seeking help, eliminating SB stigma in a culturally significant prevention program.

With increasing interest in QR, the hypotheses of SB are few in number due to the inadequacy of statistical methods, heterogeneity ("quality") of studies without taking into account the size of the effect [63].

Specifying the limitations of QR increases the credibility of the publication by allowing readers to appreciate the importance and reliability of the results.

QR development.

Qualitative synthesis (metasynthesis). In QR, the position of the participant and the construction with the researcher of the context of multiple and complex reality [64] are important when "cross-linking" to many (4-8 or more) intersecting topics in order to go beyond the boundaries of the results of a separate study and turn "the whole into something more. than the individual parts imply" [65].

Thematic synthesis requires a systematic approach to collecting, analyzing and interpreting the results of a growing body of QR and their comprehensive interpretation [66-68] is more than the sum of the results. According to Claude Lévi-Strauss [69], the *bricoleur* ("jack of all trades"), reorganizes the individual parts (here it is QR) into a single whole for a new meaning [70]; examines the experiences and perspectives of participants deeply, according to QR, and widely (while

(bracketing), понимания, анализа и описания [72, 73] результатов КИ.

За 15 лет улучшено «качество качественных синтезов»: обеспечения воспроизводимости и оценки первичных КИ. Окончательная выборка КИ не более 2-3% обычна для метаанализов [72].

Набор инструментов оценки качества синтезов включает научно-практические результаты КИ [74].

Наиболее используемая программа навыков критической оценки (Critical Appraisal Skills Program, CASP) рекомендована Кокрановским сотрудничеством.

Выражение метасинтеза – история изучаемого явления (СП). Результаты его сложены темами рассказов участников, ранжированными на первый, второй и третий порядки.

В теме «Переживание дистресса в пре-суицидальном периоде» описано, как молодые ощущали депрессию: чувства печали, душевной боли, отчаяния, отстранённости, гнева и раздражительности. Можно организовать замкнутые связанные чувства в индивидуальное «переживание страдания» без упоминания депрессии, потому что некоторые профессионалы диагностируют депрессию «не на регулярно», а также в силу феноменологического подхода, если дистресс охватывает более широкий и сложный опыт [75].

В «правильном» метасинтезе достигнут баланс компонентов: объективной структуры (отбор, включение и оценка КИ), научного анализа данных (пошагового суицидогенеза), субъективизма исследователя. Всё более ученых предпочитают испытывать качество КИ горнилом мета-синтеза.

На дискурс авторов синтеза влияет цель: ответ на клинические вопросы с предложением конкретных действий или соображений по ведению суицидентов; обсуждение и ответы.

Таков вывод метасинтеза [75]: жестокость СП и страх смерти приводят к непониманию и препятствуют сочувствию членами семьи и профессионалами. Проблема в том, чтобы суицидент был понятным и услышанным, что снизит риск рецидива СП. Вывод ясен и прост, годен к немедленному применению в клинической практике.

Метасинтезы преобразуют результаты в более абстрактные и обобщаемые теоретические, приближая их к «номотетическому концу идиографо-номотетического континуума», создают основу обсуждения, оригинальных гипотез и предложений участников, полезных индивидуализированному клиническому подходу [76, 77].

Синтезы выявляют пробелы КИ при целостной оценке медицинских вмешательств, повышают научную доказательность КИ в смычке с нуждами

integrating research from different contexts of medicine and participants).

An exhaustive systematic search uses extended samples [66, 71]. The approach presents a descriptive or transcendental phenomenology from a series of stages of bracketing, understanding, analyzing and describing [72, 73] the results of QR.

For 15 years, the "quality of high-quality syntheses" has been improved: ensuring reproducibility and evaluating primary QR. The final sample of QR of no more than 2-3% is common for meta-analyses [72].

The set of tools for assessing the quality of syntheses includes scientific and practical results of QR [74].

The most used Critical Appraisal Skills Program (CASP) is recommended by the Cochrane Collaboration.

Expression of metasynthesis is the history of the phenomenon under study (SB). Its results are composed of topics from the stories of the participants, ranked in the first, second and third orders.

The topic "Experiencing Pre-Suicidal Distress" describes how young people experienced depression: feelings of sadness, heartache, despair, detachment, anger, and irritability. It is possible to organize closed connected feelings into an individual "experience of suffering" without mentioning depression, because some professionals diagnose depression "on an irregular basis," and also because of the phenomenological approach, if distress encompasses a wider and more complex experience [75].

In the "correct" metasynthesis, a balance of components has been achieved: objective structure (selection, inclusion and assessment of QR), scientific data analysis (stepwise suicidogenesis), and the subjectivity of the researcher. More and more scientists are choosing to test the quality of QR through the crucible of meta-synthesis.

The discourse of the authors of the synthesis is influenced by the goal: to answer clinical questions with the proposal of specific actions or considerations for the management of suicides; discussion and answers.

Here is the conclusion of metasynthesis [75]: the cruelty of SB and fear of death lead to misunderstandings and impede sympathy for family members and professionals. The problem is that the suicide attempter is understood and heard out, which will reduce the risk of recurrence of SB. The conclusion is clear and simple, suitable for immediate use in clinical practice.

Metasyntheses transform the results into more abstract and generalizable theoretical ones, bringing them closer to the "nomothetic end of the idiographic-nomothetic continuum", create the basis for discussion, original hypotheses and

практического здравоохранения:

СП подростков и молодых – в центре КИ. Способствующим или препятствующим фактором своевременной результативной помощи подросткам - суицидентам выступают позиция их близких (семья, друзья) [78], как и позиция профессионалов [79].

Метасинтезы востребованы суицидологическими исследованиями в их переходном положении, подчеркивая прогресс понимания СП и его клинико-социальных, экономических последствий с разных позиций [80, 81].

Психическая деятельность построена на диалоге способов познания. Перевод всех качественных различий в количественные, идеал естественных наук, невозможен. Конфликт количественной и «чисто» качественной парадигм побудил *гибридный*, смешанный метод. Объективно-субъективные методы включают самоотчеты, раскрывающие «дескриптивную» сторону СП. Феноменологическое, понимающее, интуитивное направление, в отличие от индуктивного, объяснительного, каузального или статистического, не претендует на монизм и монополизм. Качественная и количественная полярная конструкции не жесткие. По Ясперсу, направления «не мешают друг другу, и ни одно из них не имеет оснований критиковать другое, так как преследуют различные цели... Ошибочна попытка подменить и перенести что-либо из одной области в другую» [цит. по 3]. Истина – в компромиссе альтернатив, но гипотезы обычно означают крайние позиции. Оба подхода усиливают индивидуально релевантную теорию для клинической работы и общую теорию для конкретных областей суицидологии.

Будущие КИ, многоцентровые и международные, сравнительные и продольные, в разнородных выборках позволят разработку целевых (культурно ориентированных) доказательно эффективных программ лечения и предотвращения СП (например, онлайн мониторинг суицидальных мыслей в режиме реального времени). Изучение этики КИ позволит участникам высказываться в процессе утверждения соответствующих норм. Предстоит совершенствование методов синтеза результатов КИ для решения широкого круга методологических и эпистемологических вопросов, поднятых этим подходом.

Заключение

КИ близки профессионалу, чуткому к переживаниям и чувствам суицидента [82].

Вкупе с количественными методами, КИ как общепринятый тип научного анализа и синтеза формулирует и отвечает на вопрос изучения, систематически использует предопределенный набор процедур и позицию выборки с доказательными

proposals of the participants, useful for an individualized clinical approach [76, 77].

Syntheses reveal gaps in QR in a holistic assessment of medical interventions, increase the scientific evidence of QR in conjunction with the needs of practical health care:

SB of adolescents and young people is in the center of the QR. The position of their loved ones (family, friends) [78], as well as the position of professionals [79] act as a facilitating or hindering factor in timely effective assistance to adolescents-suicides.

Metasyntheses are in demand by suicidological studies in their transitional state, emphasizing the progress in understanding SB and its clinical, social, and economic consequences from different positions [80, 81].

Mental activity is based on a dialogue of the methods of cognition. The translation of all qualitative differences into quantitative ones, the ideal of the natural sciences, is impossible. The conflict between quantitative and "purely" qualitative paradigms has prompted a hybrid, mixed method. Objective-subjective methods include self-reports that reveal the "descriptive" side of SB. The phenomenological, understanding, intuitive direction, in contrast to the inductive, explanatory, causal or statistical, does not pretend to monism and monopoly. The qualitative and quantitative polar designs are not rigid. According to Jaspers, the directions "do not interfere with each other, and none of them has any reason to criticize the other, since they pursue different goals ... An attempt to replace and transfer something from one area to another is erroneous" [cit. by 3]. The truth is in the compromise of alternatives, but hypotheses usually mean extreme positions. Both approaches reinforce individually relevant theory for clinical work and general theory for specific areas of suicidology.

Future QRs are multicenter and international, comparative and longitudinal, made in diverse samples – they will allow the development of targeted (culturally oriented) evidence-based programs for the treatment and prevention of SB (for example, online monitoring of suicidal thoughts in real time). Studying the ethics of QR will allow participants to speak out in the process of approving the relevant norms. There is a need to improve methods for synthesizing QR results to address a wide range of methodological and epistemological issues raised by this approach.

Conclusion

QR is close to a professional who is sensitive to the feelings and feelings of a suicidal person [82].

Together with quantitative methods, QR as a generally accepted type of scientific analysis and synthesis formulates and answers the question of

выводами, применимыми за пределами анализа (например, в организации и практике суицидологических служб).

Уникальная личная история заставляет усомниться в полезности стандартизированных (общих) усилий предупреждения СП при многообразии сочетаний суицидогенных и антисуицидальных факторов.

При ограничении доминирующих контекстуальных, биомедицинских, количественных подходов к предотвращению суицидов, КИ идеализированы как единственный способ «продвинуть» суицидологию, но не лишены ограничений, противоречий, связанных с утверждением новых горизонтов истины.

Публикации КИ СП условно разделены на три группы: а) опыт СП и личных резервов восстановления с разных позиций, включая субъективное бремя «выживших»; б) концептуальные представления о СП с указанием индивидуальных факторов риска и антисуицидальных (защитных) факторов; в) практика терапии и предотвращения СП с выделением их «действенных элементов».

Частичное совпадение широких тем и их перекрёст подчёркивает сложную (биопсихосоциальной и духовной) природу СП и его последствий, учтённую междисциплинарными и межведомственными исследованиями. Более подробному освещению уместных КИ посвящена вторая часть обзора литературы в призм КИ.

Литература / References:

1. Коффка К. Основы психического развития. Гештальт-психология. М.: ООО «Издательство АСТ-ЛТД», 1998: 364. [Koffka K. Fundamentals of mental development. Gestalt psychology. M.: LLC "Publishing House AST-LTD", 1998: 364.] (In Russ)
2. Hannes K., Booth A., Harris J., Noyes J. Celebrating methodological challenges and changes: reflecting on the emergence and importance of the role of qualitative evidence in Cochrane reviews. *Syst. Rev.* 2013; 2: 84. DOI: 10.1186/2046-4053-2-84
3. Савенко Ю.С. Доказательная медицина в психиатрии: постоянный диалог феноменологической и индуктивной методологии. Проблемный доклад. *Независимый психиатрический журнал.* 2013; 4: 11-15. [Savenko Yu.S. Evidence-based medicine in psychiatry: a constant dialogue of phenomenological and inductive methodology. A problematic report. *Independent Psychiatric Journal.* 2013; 4: 11-15.] (In Russ)
4. Татаренко Н.П. Внутренняя картина болезни» при шизофрении и её значение для клиники. *Медицинские исследования.* 2001; 1 (1): 140-143. [Tatarenko N.P. The internal picture of the disease " in schizophrenia and its significance for the clinic. *Medical Research.* 2001; 1 (1): 140-143.] (In Russ)
5. Whitley R., Crawford M.J. Qualitative research in psychiatry. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* 2005; 50: 108-114.
6. Любов Е.Б., Левина Е.Б. Жизнь в шизофрении и после нее в картинах и образах. *Независимый психиатрический журнал.* 2014; 3: 27-32. [Lyubov E.B., Levina E.B. Life in schizophrenia and after it in pictures and images. *Independent Psychiatric Journal.* 2014; 3: 27-32.] (In Russ)
7. Hjelmeland H., Knizek B.L. Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 2010; 40: 74-80.
8. Bantjes J., Swartz L. The cultural turn in critical suicidology: What can we claim and what do we know? *Death Stud.* 2017; 41 (8): 512-520. DOI: 10.1080/07481187.2017.1333355
9. Pope C., Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ.* 1995; 311: 42-45.
10. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet.* 2001; 358: 397-400.
11. Han Ch.S., Ogrodniczuk J.S., Oliffe J.L. Qualitative research on suicide in East Asia: a scoping review. *J Ment Health.* 2013; 22 (4): 372-383. DOI: 10.3109/09638237.2013.799265
12. Бинсвангер Л. Феноменология и психопатология. *Логос.* 1992. [Binswanger L. Phenomenology and psychopathology. *Logos.* 1992.] (In Russ)
13. Улановский А.М. Феноменологический метод в психологии, психиатрии и психотерапии. *Методология и история психологии.* 2007; 2 (1): 130-151. [Ulanovsky A.M. The phenomenological method in psychology, psychiatry and psychotherapy. *Methodology and history of psychology.* 2007; 2 (1): 130-151.] (In Russ)
14. Kaus C., Lester D. The final months: analysis of the diary of a suicide. Present. ann. meeting American Association of Suicidology. San Francisco, 2009.
15. Преодоление: Люди с психиатрическим опытом и их близкие о себе откровенное и сокровенное. Ред. И.Я. Гуровича. Сост. Н.Б. Левина, Е.Б. Любов. М.: Новые возможности, 2009: 129. [Overcoming: People with psychiatric experience and their loved ones are frank and intimate about themselves. Ed. by I.Ya. Gurovich. Comp. N.B. Levina, E.B. Lyubov. M.: New opportunities, 2009: 129.] (In Russ)
16. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Интернет и самоповреждения подростков: кто виноват – что делать. *Суицидология.* 2019; 10 (3):

- 3-18. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Internet and self-harm of teenagers: whose fault is that and what can be done. *Suicidology*. 2019; 10 (3): 3-18.] (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-3-18
17. Любов Е.Б., Куликов А.Н. Интернет и суицидальное поведение членов общества самопомощи психически больных. Независимый психиатрический журнал. 2019; 1: 27-29. [Lyubov E. B., Kulikov A. N. The Internet and suicidal behavior of members of the Society for self-help of mentally ill people. *Independent Psychiatric Journal*. 2019; 1: 27-29.] (In Russ)
18. Barnes D.H., Lawal-Solarin F.W., Lester D. Letters from a suicide. *Death Studies*. 2007; 31: 671-678.
19. Crossman A. An Overview of Qualitative Research Methods. Thought Co, Oct. 24, 2019.
20. Snygg D. The need for a phenomenolgal system of psychology. *Psychol. Rev.* 1941; 48: 404-428.
21. Lester D., Gunn J.F. III, Quinnett P. Suicide in men: how men differ from women in expressing their distress. Springfield: Charles C. Thomas Publisher, 2014.
22. Knizek B.L., Hjelmeland H. To die or not to die: a qualitative study of men's suicidality in Norway. *BMC Psychiatry*. 2018; 18: 263.
23. Sonneck G., Etzendorfer, E. A case of suicide in adulthood. A.A. Leenaars, D. Lester, eds. *Suicide and the unconscious*. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1996: 194-205.
24. Reeves S., Kuper A., Hodges B.D. Qualitative research methodologies: ethnography. *BMJ*. 2008; 337: a1020.
25. DiStefano A.S. Suicidality and self-harm among sexual minorities in Japan. *Qual. Health Res.* 2008; 18 (10): 1429-1441.
26. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. Washington, DC: National Institutes of Health, 1979. Available: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>.
27. Weijer C., Goldsand G., Emanuel E.J. Protecting communities in research: current guidelines and limits of extrapolation. *Nature Genetics*. 1999; 23 (3): 275-280.
28. Polit D.F., Beck C.T. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolter Kluwer Health, 2012.
29. Shaw I. Ethics and the practice of qualitative research. *Qual. Soc. Work*. 2008; 7 (4): 400-414.
30. Wiles R., Crow G., Heath S., et al. The management of confidentiality and anonymity in social research. *Int. J. Soc. Res. Methodol.* 2008; 11 (5): 417-428.
31. Kaiser K. Protecting respondent confidentiality in qualitative research. *Qual. Health Res.* 2009; 19 (11): 1632-1641.
32. Usher K., Holmes C. Ethical aspects of phenomenological research with mentally ill people. *Nurs. Ethics*. 1997; 4 (1): 49-56.
33. Bond T. *Standards and ethics for counselling in action*. 2nd ed. London: SAGE, 2000.
34. Gibson S., Benson O., Brand S.L. Talking about suicide: Confidentiality and anonymity in qualitative research. *Nursing Ethics*. 2012; 20 (1): 18-29.
35. Mishara B.L., Weisstub D.N. Ethical and legal issues in suicide research. *Int. J. Law Psychiatry*. 2005; 28: 23-41. Hewitt J. Rational suicide: philosophical perspectives on schizophrenia. *Med. Health Care Philos.* 2010; 13 (1): 25-31.
36. Cutcliffe J.R., Ramcharan P. Leveling the playing field? Exploring the merits of the ethics-as-process approach for judging qualitative research proposals. *Qual. Health Res.* 2002; 12 (7): 1000-1010.
37. Lakeman R., Fitzgerald M. Ethical suicide research: a survey of researchers. *Int. J. Ment. Health Nurs*. 2009; 18 (1): 10-17.
38. Windelbrand W. *Geschichte und Naturwissenschaft*. Strassburg: Heitz, 1904.
39. Allport G.W. The general and the unique in psychological science. *J. Personality*. 1962; 30: 405-422.
40. Butt T. *Understanding people*. NY: Palgrave Macmillan, 2004.
41. Cutcliffe J.R. Research endeavours into suicide: a need to shift the emphasis. *Br. J. Nurs*. 2003; 12 (2): 92-99.
42. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения. *Суицидология*. 2015; 6 (1): 3-7. [Polozhy B.S. Conceptual model of suicidal behavior. *Suicidology*. 2015; 6 (1): 3-7.] (In Russ)
43. Lester D. The prevention of suicide. *JAMA*. 1974; 228: 26-27.
44. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 23-35. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 23-35.] (In Russ)
45. *Handbook of Qualitative Research*. Denzin N.K., Lincoln YS, eds. London: Sage Publications, 2000.
46. Nkwi P, Nyamongo I, Ryan G. *Field Research into Social Issues: Methodological Guidelines*. Washington, DC: UNESCO, 2001.
47. Pope C., Mays N. *Qualitative Research in Health Care*. London: BMJ Books, 2000. Schensul, J, LeCompte M. *Ethnographer's Toolkit*. Walnut Creek, CA: Altamira Press, 1999.
48. Hagen J., Hjelmeland H., Knizek B.L. Relational Principles in the Care of Suicidal Inpatients: Experiences of Therapists and Mental Health Nurses. *Iss. Ment. Health Nurs*. 2017; 38 (2): 99.
49. Large M.M., Ryan C.J. Suicide risk categorisation of psychiatric inpatients: what it might mean and why it is of no use. *Austral. Psychiatry*. 2014; 22: 390-392.
50. Haggerty K.D. Ethics creep: governing social science research in the name of ethics. *Qual. Soc.* 2004; 27 (4): 391-414.
51. Cutcliffe J.R. Ethics committees, vulnerable groups and paternalism: the case for considering the benefits of participating in qualitative research interviews. Dooher J., Byrt R., eds. *Empowerment and participation: power, influence and control in health care*. London: Quay Books, 2002, 204-219.
52. Beauchamp T.L., Childress J.F. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.
53. Gibson S., Benson O., Brand S.L. Talking about suicide: Confidentiality and anonymity in qualitative research. *Nursing Ethics*. 2012; 20 (1): 18-29.
54. Lakeman R., Fitzgerald M. Ethical suicide research: a survey of researchers. *Int. J. Ment. Health Nurs*. 2009; 18 (1): 10-17.
55. Dyregrov K. Bereaved parents' experience of research participation. *Soc. Sci Med*. 2004; 58 (2): 391-400.
56. Fisher C.B., Pearson J.L., Kim S., et al. Ethical issues in including suicidal individuals in clinical research. *IRB*. 2009; 24 (5): 9-14.
57. Parslow R.A., Jorm A.F., O'Toole B.I., et al. Distress experienced by participants during an epidemiological survey of posttraumatic stress disorder. *J. Trauma Stress*. 2001; 13: 465-471.
58. Reynolds S.K., Lindenboim N., Comtois K.A., et al. Risky assessments: participant suicidality and distress associated with research assessments in a treatment study of suicidal behavior. *Suicide Life Threat. Behav*. 2006; 36 (1): 19-34.
59. Cukrowicz K., Smith P., Poindexter E. The effect of participating in suicide research: does participating in a research protocol on suicide and psychiatric symptoms increase suicide ideation and attempts? *Suicide Life Threat. Behav*. 2010; 40 (6): 535-543.
60. Hawton K., Houston K., Malmberg A., et al. Psychological autopsy interviews in suicide research: the reactions of informants. *Arch. Suicide Res*. 2003; 7: 73-82.
61. Hannes K., Macaitis K. A move to more systematic and transparent approaches in qualitative evidence synthesis: update on a review of published papers. *Qual. Res.* 2012; 12: 402-442. DOI: 10.1177/1468794111432992
62. Cokro S., Prawira B. 13 Emails Why: A Qualitative Study of Jakarta Citizens' Online Help Seeking Experiences in Suicidal Crisis. *Suicidology Online*. 2019; 10: 1-12.
63. Wilde de E.J. Qualitative Research in Suicidology: Still a Well-Disguised Blessing? *Arch Suicide Res*. 2002; 6 (1): 55-59.
64. Evans D., Pearson A. Systematic reviews of qualitative research. *Clin. Eff. Nurs*. 2001; 5: 111-119.
65. Noblit G.W., Hare R.D. *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*. Newbury Park: SAGE, 1988.
66. Toye F., Seers K., Allcock N., et al. Meta-ethnography 25 years on: challenges and insights for synthesising a large number of qualitative studies. *BMC Med. Res. Methodol*. 2014; 14: 80.
67. Lee R.P., Hart R.I, Watson R.M., Rapley T. Qualitative synthesis in practice: some pragmatics of meta-ethnography. *Qual. Res.* 2014; 15: 334-350.
68. Lachal J., Revah-Levy A., Orri M., Moro M.R. Metasynthesis: An Original Method to Synthesize Qualitative Literature in Psychiatry. *Front Psychiatry*. 2017; 8: 269.

69. Lévi-Strauss C. *The Savage Mind*. Chicago: University of Chicago Press; 1966.
70. Kinn L.G., Holgersen H., Ekland T-J., Davidson L. Metasynthesis and bricolage: an artistic exercise of creating a collage of meaning. *Qual. Health Res.* 2013; 23: 1285–1292. DOI: 10.1177/1049732313502127
71. Fingfeld-Connett D., Johnson E.D. Literature search strategies for conducting knowledge-building and theory-generating qualitative systematic reviews. *J. Adv. Nurs.* 2013; 69: 194-204. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06037.x
72. Atkins S., Lewin S., Smith H., et al. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: lessons learnt. *BMC Med Res Methodol.* 2008; 8: 21. DOI: 10.1186/1471-2288-8-21
73. Polit D.F., Beck C.T. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolter Kluwer Health; 2012.
74. Tong A., Flemming K., McInnes E., et al. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med. Res. Methodol.* 2012; 12: 181. DOI: 10.1186/1471-2288-12-181
75. Lachal J., Orri M., Sibeoni J., et al. Metasynthesis of youth suicidal behaviours: perspectives of youth, parents, and health care professionals. *PLoS One.* 2015. 10: e0127359. DOI: 10.1371/journal.pone.0127359
76. Fingfeld-Connett D. Generalizability and transferability of meta-synthesis research findings. *J. Adv. Nurs.* 2010; 66: 246-254. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05250.x
77. Thomas J., Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2008; 8: 45. DOI: 10.1186/1471-2288-8-45
78. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Намеренные несуицидальные самоповреждения подростков. Часть I: поиск медицинской помощи, или «Путь далёкий до Типперери». *Суицидология.* 2020; 11 (2): 15-32. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Adolescent Deliberate self-harm. Part I: Help-Seeking Behavior, OR «It's A long way to Tippereri». *Suicidology.* 2020; 11 (2): 15-32.] (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-15-32
79. Любов Е.Б. и гр. исследователей. Персонал психиатрических больниц о суицидальном поведении: опыт, осведомленность и отношение. *Независимый психиатрический журнал.* 2015; 3: 69-74. [Lyubov E. B. and a group of researchers. Psychiatric hospital staff about suicidal behavior: experience, awareness and attitude. *Independent Psychiatric Journal.* 2015; 3: 69-74.] (In Russ)
80. Lachal J., Orri M., et al. Metasynthesis of youth suicidal behaviours: perspectives of youth, parents, and health care professionals. *PLoS One.* 2015. DOI: 10:e0127359.10.1371/journal.pone.0127359
81. Любов Е.Б. Клинико-социальное бремя близких жертвы суицида: «если бы...». *Суицидология.* 2017; 8 (4): 56-76. [Lyubov E.B. Clinical and social burden for suicide survivors: if i had dealt with it properly. *Suicidology.* 2017; 8 (4): 56-76.] (In Russ)
82. Hjeltnelund H., Knizek B.L. Methodology in suicidological research – contribution to the debate. *Suicidology Online.* 2011; 2: 8-10.

QUALITATIVE RESEARCH IN SUICIDOLOGY. PART I: WHY AND WHAT FOR

*E.B. Lyubov*¹, *P.B. Zotov*², *A.N. Kulikov*¹ ¹Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P. Serbsky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru
²Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

Abstract:

The first part of the literature review reported on the place and characteristics of qualitative research (QR) as generally accepted evidence-based approaches using relevant examples in the aspect of suicidology. The basic ideas about the methodology, ethical principles, limitations and prospects for the development of QR are given.

Keywords: suicidal behavior, non-suicidal intentional self-harm, qualitative analysis, methodology, ethical principles

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;

А.Н. Куликов: обзор публикаций по теме статьи, написание 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;

A.N. Kulikov: reviewing of publications of the article's theme; article writing.

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: 11.04.2021. Принята к публикации / Accepted for publication: 17.07.2021.

Для цитирования: Любов Е.Б., Зотов П.Б., Куликов А.Н. Качественные исследования в суицидологии. Часть I: зачем и почему. *Суицидология.* 2021; 12 (2): 139-157. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-02(43)-139-157

For citation: Lyubov E.B., Zotov P.B., Kulikov A.N. Qualitative research in suicidology. Part I: why and what for. *Suicidology.* 2021; 12 (2): 139-157. doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-02(43)-139-157 (In Russ / Engl)