

## МИГРАЦИЯ, МИГРАНТЫ И СУИЦИД: КРАТКИЙ НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР ИНОСТРАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

О.В. Фельсендорфф<sup>1</sup>, В.А. Розанов<sup>1,2</sup>

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия  
ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург, Россия

### MIGRATION, MIGRANTS AND SUICIDE: A BRIEF NARRATIVE REVIEW OF THE FOREIGN STUDIES

O.V. Felsendorff<sup>1</sup>, V.A. Rozanov<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

<sup>2</sup>V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

Сведения об авторах:

Фельсендорфф Ольга Владимировна – кандидат психологических наук (ORCID iD: 0000-0001-5986-5138). Место работы и должность: старший преподаватель кафедры кризисных и экстремальных ситуаций ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6. Телефон: +7 (812) 324-25-74

Розанов Всеволод Анатоліевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1978-9868; ResearcherID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Место работы и должность: и.о. заведующего кафедрой психологии кризисных и экстремальных ситуаций ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6; Главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических состояний и психотерапии ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». Адрес: Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3. Телефон: +7 (812) 324-25-74, электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

В современном мире интенсивность миграционных процессов нарастает, в них уже вовлечены сотни миллионов людей. Во многих суицидологических руководствах статус иммигранта рассматривается как фактор риска суицида. Однако мигранты – неоднородная группа, их мотивы разнообразны, а последствия в плане психического здоровья и суицидального поведения неоднозначны. *Методика.* Проведён поиск в отечественных и международных базах данных по проблеме суицидов среди мигрантов. Обработано 35 источников из западных стран. *Результаты.* Проблема суицидального поведения среди мигрантов наиболее активно изучается в странах западного мира, куда в основном направлены международные потоки мигрантов из стран с более низким экономическим уровнем. Исследования показывают, что при значительном разнообразии распространённости суицидальных мыслей, попыток и завершённого суицида, чаще всего иммигранты подвержены им в той степени, в какой он присущ их странам исхода. В силу этого иммигранты, например, из стран арабского востока в Западно-Европейских странах имеют более низкие показатели по сравнению с местным населением, а иммигранты из стран бывшего СССР – относительно высокие. Иногда эта закономерность просматривается только в первом поколении, в то время как во втором уровне начинают приближаться к характерным для принимающей культуры. Наиболее подвержены риску подростки и молодёжь, которые сильнее всего вовлечены в глобальный информационный контекст. Ситуация в различных принимающих странах зависит от миграционной политики, статуса мигранта (беженцы, нелегальные мигранты, получившие убежище или легализовавшие свой статус), а также от исторически сформировавшегося отношения к миграции. *Заключение.* Проблема суицидального поведения среди мигрантов наиболее активно изучается в странах западного мира. Международный опыт представляет интерес для нас главным образом с точки зрения используемой методологии исследований, а также в контексте оценки нагрузки на имеющиеся ресурсы психологической и психиатрической помощи.

*Ключевые слова:* суицидальное поведение, суицида, миграция, мигранты, факторы риска, протективные факторы

«Вопрос о самоубийстве – один из самых беспокойных и мучительных в русской эмиграции»

«Самоубийство есть психологическое явление и, чтобы понять его, нужно понять душевное состояние человека, который решил покончить с собой»

Н.А. Бердяев

Международная организация по миграции (МОМ) при ООН в своём докладе «Всемирная

миграция в 2024 году» недавно проинформировала, что в настоящее время общее число международных мигрантов достигло отметки в 281 миллион человек, а количество перемещённых лиц возросло до 117 миллионов [1]. В докладе международная миграция рассматривается как фактор, стимулирующий человеческое развитие и экономический рост, и делается акцент на

том, что большая часть миграционных процессов носит организованный и безопасный характер и предоставляет доступ к новым возможностям и средствам существования. В то же время, отмечается, что резко увеличилось число нелегальных мигрантов. Объём международного финансирования в данной сфере значительно увеличился за последние десятилетия: со 128 млрд долларов в 2000 году до 831 млрд 2022 году [1].

В то же время, из истории русской эмиграции, а также из современных исследований, посвящённых психосоциальным проблемам мигрантов, тревожной и неоднозначной выглядит проблема суицидов среди них [2, 3]. В большинстве руководств по суицидологии статус мигранта упоминается как один из факторов риска суицида [3, 4]. Имеются данные, что среди людей, совершивших самоубийство, часто встречается недавнее или повторное изменение места жительства [4]. О повышенном риске суицидов среди мигрантов сообщает официальный сайт ВОЗ, в основном в связи с проблемами психического здоровья среди них [5]. В то же время, мигранты – очень неоднородная группа. Причины миграции могут быть разными, и очень многое зависит от тех целей, которые преследуют мигранты, а также от эффективности их адаптации к новым условиям и от скорости аккультурации. При этом необходимо учитывать современный контекст, и многое из того, что высказывалось в отношении мигрантов начала прошлого века, может оказаться сегодня не столь актуальным. Проблема миграции сегодня – это часть более широкой темы, связанной с глобализацией.

В одной из недавних обзорных работ по этой теме утверждается, что распространённость суицидальных мыслей, попыток и суицидов среди мигрантов по данным различных исследований, значительно варьируется. Исследования, направленные на сравнение риска самоубийства среди мигрантов и коренного населения принимающих стран, также дают противоречивые результаты [6]. Вероятно, это связано ещё и с тем, что в разных странах, с учётом местных особенностей, уникальных причин и мотивов миграции, с учётом доли вынужденных переселенцев (беженцев), а не только ищущих лучшей жизни, факторы риска и факторы-протекторы могут отличаться. Вполне возможно также, что исследователям, представляющим обычно страны-реципиенты, могут быть не вполне понятны культурные особенности приезжих, поскольку отдалён-

ность культур нарастает вместе с глобальным характером миграционных процессов.

Имеющийся у нас опыт изучения психологических проблем мигрантов подтолкнул нас к написанию данного обзора. Нелишнее также отметить, что в России идут свои довольно интенсивные миграционные процессы [7], поэтому анализ ситуации в разных странах мира может быть полезен.

#### *Материалы и методы исследования*

Поиск осуществляли в базах данных PubMed и eLibrary.ru по ключевым словам: «иммиграция и суицид», «мигранты и суицид», «беженцы и суицид», «суициды среди мигрантов», «суициды среди беженцев и перемещённых лиц» и т.д. Следует сразу отметить, что не было найдено ни одной статьи в русскоязычном сегменте. Выявленные иностранные источники отбирали с учётом частоты их цитирования, максимального соответствия предмету обсуждения, как можно более широкой географии, охвата различных групп, включая подростков и лиц с психическими расстройствами. Предпочтение отдавали крупным международным мета-анализам и детальным национальным исследованиям, в которых уделялось внимание возможным причинам наблюдаемых различий от местного населения. Всего обработано 35 источников.

#### *Систематические обзоры и мета-анализы*

В систематическом нарративном обзоре итальянских исследователей анализировали факторы, способствующие суицидальному поведению среди мигрантов, а также протективные факторы суицида [6]. Отмечается, что миграция может сопровождаться социальной изоляцией, дискриминацией, языковыми барьерами, аккультурационным стрессом, а также экономическими и финансовыми трудностями. Всё это может разрушать психическое здоровье и провоцировать психические расстройства, при этом мигрантам труднее получить профессиональную помощь из-за *стигматизации и непонимания их культурных особенностей*. Вместе с тем, мигранты часто демонстрируют тот же уровень риска самоубийств, который изначально существовал в стране исхода. Особую группу составляют беженцы. Они характеризуются более высоким риском самоубийства по сравнению с коренным населением принимающей страны, а также с другими группами мигрантов. Пребывание в обстановке вооружённых конфликтов и связанная с ними психологическая травма выступают среди них сильными предикторами суицидальных мыслей. Отдельно в

данном обзоре отмечается, что мигранты второго поколения (дети, рождённые и выросшие в стране, куда ранее иммигрировали их родители) значительно чаще проявляют суицидальное поведение по сравнению с мигрантами первого поколения (непосредственными переселенцами). Повышенным риском отличаются женщины-мигрантки с детьми, поскольку зачастую они не получают необходимой помощи из-за таких ограничений, как стигматизация, языковые трудности и недостаточная осведомлённость о системе социально-психологической поддержки. На первое место они ставят потребности детей, жертвуя собственным благополучием. В целом в обзоре делается вывод о том, что распространённость психических расстройств и суицидальные риски среди мигрантов тесно связаны с их социально-бытовыми условиями. Постоянные опасения по поводу безопасности, нехватка жилья, еды, воды, предметов первой необходимости, а также трудности с получением помощи – всё эти факторы ассоциированы с симптомами ПТСР и распространённостью суицидальных мыслей [6].

Ещё в одном крупном европейском систематическом обзоре был выполнен анализ 24 исследований, проведённых с 1990 по 2011 гг., в которых сравнивали риск самоубийств среди взрослых иммигрантов, с риском самоубийств среди общей популяции в европейских странах [8]. В результате было обнаружено, что у иммигрантов из стран Северной и Восточной Европы, где национальные уровни суицидов традиционно высоки, наблюдался более высокий уровень самоубийств по сравнению с группами без миграционного прошлого. Были зафиксированы половые и возрастные различия: в частности, молодые женщины-иммигрантки из Турции, Восточной Африки и Южной Азии являются группой повышенного риска. Как и в предыдущем исследовании, было отмечено, что иммигранты унаследуют из страны исхода присущий им риск самоубийств, по крайней мере, на ранних этапах адаптации. Авторы отмечают, что в большинстве групп иммигрантов отсутствует повышенный риск самоубийств по сравнению с коренным населением, а в некоторых случаях он может быть даже существенно ниже [8].

Исследователи из Англии в обширном обзоре, посвящённом уровню суицидов и суицидальному риску беженцев и вынужденно перемещённых лиц, проанализировали 4347 статей, из которых отобрали 77 исследований. Наиболее изученной группой стали беженцы, получившие пристанище. Показатели самоубийств

среди них значительно варьировались, от 4 до 290 на 100000 человеко-лет. Показатели распространённости попыток самоубийства и суицидальных мыслей также варьировались в различных исследованиях в значительных пределах, от 0,14 до 15,1%, и от 0,17 до 70,6% соответственно. Сравнительный анализ выявил дифференцированный риск суицидального поведения в зависимости от правового статуса мигрантов. Среди беженцев, получивших убежище, в 4 из 5 исследований был зафиксирован более низкий риск завершённого самоубийства по сравнению с коренным населением. Напротив, среди лиц, находящихся в процессе получения убежища, в 2 из 3 исследований был выявлен повышенный риск суицида. Аналогично, среди беженцев, проживающих в лагерях, в 2 из 3 исследований отмечался статистически значимо более высокий риск суицидальных мыслей по сравнению с коренным населением. Авторы отмечают, что доказательная база не позволяет сформулировать строгие выводы относительно риска, и указывают на трудности формирования адресных программ помощи для таких уязвимых групп, как беженцы и вынужденно перемещённые лица [9].

В систематическом обзоре и мета-анализе, выполненными иранским исследователем S. Amiri (2022), была проанализирована глобальная распространённость суицидального поведения среди иммигрантов и беженцев, включая суицидальные мысли, завершённые суициды, суицидальные попытки и планирование суицида [10]. Анализ включил 51 исследование, опубликованное до декабря 2019 года из баз данных PubMed и EMBASE. В результате мета-анализа были получены следующие данные о распространённости: суицидальные мысли – 16%, суицидальные попытки – 6%, планирование суицида – 4%. Распространённость суицидальных мыслей составила 10% среди мужчин и 17% среди женщин, а суицидальных попыток – 1% и 7% соответственно. Отношение шансов смерти от самоубийств среди иммигрантов составило 0,91, а для суицидальных попыток – 1,15. Автор констатирует высокую распространённость суицидального поведения, особенно суицидальных мыслей и попыток среди иммигрантов, что обуславливает необходимость разработки целенаправленных программ профилактики и оказания специализированной помощи для данной популяции [10].

Ещё в одном обзоре было изучено 678 источников за период с 1980 по 2017 год, из которых 43 было подвернуто анализу. В ряде ис-

следований сообщалось о более низких показателях попыток самоубийства, в то время как другие приводили данные о более высоких показателях суицидального поведения и суицидов среди иммигрантов по сравнению с коренным населением. Была обнаружена положительная корреляция между суицидальным поведением и уровнями суицидов в странах происхождения. Молодые женщины-иммигрантки южноазиатского и африканского происхождения подвергались наибольшему риску попыток самоубийства. Факторами риска среди мигрантов и представителей этнических меньшинств были: языковой барьер, беспокойство о семье на родине и разлука с семьей. Возможными триггерами суицидального поведения выступали недостаток информации о системе здравоохранения, потеря статуса, потеря социальных связей и аккультурационный стресс [11].

Ещё один систематический обзор и мета-анализ, посвящённый причинам смертности среди *трудовых мигрантов*, включал данные из 16 стран преимущественно с высоким уровнем дохода, с общим количеством зарегистрированных случаев смерти 44338. Исследование охватило различные сектора занятости, включая сельское хозяйство, строительство, горнодобывающую промышленность и сферу услуг. Выявлено, что трудовые мигранты имели повышенный риск производственных травм по сравнению с местными сотрудниками (1,71%) и более низкий риск смертности от совокупных причин (0,95 %). Трудовые мигранты по сравнению с местными работниками с большей вероятностью умирали от внешних причин (таких, как падения с высоты или агрессия в отношении них), чем от внутренних (таких как респираторные заболевания или заболевания ЖКТ). При этом работники-мигранты также с большей вероятностью умирали от убийств, непосредственно связанных с работой, особенно в розничной торговле и секс-индустрии. Были получены свидетельства более высокого уровня самоубийств среди женщин-мигранток по сравнению с местными работницами. К факторам суицидального риска авторы относят низкий уровень владения языком, отсутствие официальных документов и продолжительность пребывания в принимающей стране. К факторам риска, связанным с трудом, относят нестабильную занятость, специфику политики в отношении трудовых мигрантов и экономическое дерегулирование. Сделан вывод, что трудовые мигранты подвержены большему риску получения травм на рабочем месте, несмотря на

то что в целом они здоровее местных работников, что может быть объяснено структурными факторами, такими как нестабильная занятость и недостаточная безопасность [12].

Таким образом, мета-анализы, традиционно усредняющие результаты из разных стран и культур, не дают ясной картины относительно того, подвержены ли мигранты более высокому риску по сравнению с местными. В этом отношении более информативны локальные исследования, которые предоставляют больше деталей и объяснений. Мы описываем их с учётом особенностей стран-реципиентов.

*Страны, открытые для иммиграции (Германия, Австралия, Канада, США)*

Ряд стран, таких как США, Австралия и Канада целиком состоят из мигрантов, и до настоящего момента открыты для миграции (с определёнными элементами регулирования). В каком-то смысле к ним примыкает Германия, в которой за последние десятилетия отмечается значительный приток мигрантов в силу политики властей. В этих странах исследования суицидов среди мигрантов наиболее многочисленны, что очевидно отражает интерес к проблеме и, возможно, определённое беспокойство в научном сообществе.

В *Германии* на основе национальной статистики смертности за период с 2000 по 2017 гг. сравнивали риск самоубийств среди немцев и девяти крупнейших групп мигрантов, включая выходцев из Турции, Италии, Польши, Греции, Украины, России, Румынии, Нидерландов и Испании, общая база наблюдения составила 206056 случаев суицида [13]. Стандартизованные коэффициенты смертности, рассчитанные для этих групп иммигрантов, оказались ниже, чем у населения Германии, и составили от 0,24 (греческая национальность) до 0,86 (российская национальность). Коэффициенты смертности среди иммигрантов были самыми высокими у подростков и снижались с возрастом, были связаны с уровнем самоубийств в стране происхождения и с социально-экономическими факторами. Интересно, что в условиях мирового финансового кризиса риск самоубийств среди иммигрантов из наиболее пострадавших стран снизился сильнее, чем среди иммигрантов из других регионов. Этот неожиданный результат авторы объясняют увеличением иммиграции во время кризиса в первую здоровых и устойчивых людей, которые обычно не предпочитают эмигрировать. Эта модель также соответствует так называемому «парадоксу иммигрантов», согласно которому имми-

гранты первого поколения обычно демонстрируют более высокую устойчивость [13].

В другой работе из Германии исследовали уровень суицидов среди репатриантов из бывшего Советского Союза. Фокус внимания в данном исследовании смещён на связь суицидального риска с возрастом репатриации [14]. В рамках исследования осуществлялось наблюдение за репатриантами, прибывшими в Германию в период с 1990 по 1999 год, с последующим наблюдением до 2010 года. Для выборки объёмом 6378 человек (3031 мужчин и 3347 женщин) было накоплено 92149 человеко-лет наблюдения. Медианный возраст миграции составил 27 лет для мужчин и 30 лет для женщин. Общая смертность среди женщин-репатрианток была значимо ниже ожидаемой (стандартизованный коэффициент смертности, СКС=0,85 [0,75; 0,97]). В отличие от этого, среди мужчин смертность от внешних причин в целом была значимо выше (СКС=1,58 [1,09; 2,23]), в том числе от преднамеренных самоповреждений (СКС=1,68 [0,90; 2,88]) и, особенно, от смертельных случаев с неопределёнными намерениями, такими как отравление психоактивными веществами (СКС=8,07 [4,02; 14,44]). Риск смертности от внешних причин значимо возрос в подгруппе мигрантов, прибывших после 1995 года (СКС=1,87). Наиболее уязвимой группой оказались мужчины, мигрировавшие в возрасте 11–20 лет, у них был выявлен экстремально высокий риск смерти от суицида (СКС=3,84) и от смертей с неопределёнными намерениями (СКС=14,75), которые часто рассматривают как скрытый резервуар суицидов.

Результаты исследования также показали, что подростковый и юношеский возраст на момент миграции является критическим фактором риска формирования суицидального поведения и поведенческих паттернов, ведущих к смерти от внешних причин. Обсуждая это, авторы предположили, что ранее существовавшие прокрейтивные факторы (такие как тесные семейные связи в странах исхода) в новых социокультурных условиях Германии утрачивают свою эффективность. Предполагается, что провоцирующими факторами выступают конфликты, связанные с повышенной плотностью городского населения (многие репатрианты прибыли из сельских районов), а также изменение этнокультурного профиля семей репатриантов в сторону преобладания русскоязычной идентичности, что создаёт, по мнению авторов работы, дополнительные барьеры для успешной интеграции [14].

Отдельного внимания заслуживает работа о суицидах среди беженцев, прибывших в Германию до и после 2015 г. – рубежного периода массовой иммиграции беженцев [15]. Используются данные Федерального статистического управления Германии за 2000–2020 гг., включающие сведения об иммигрантах и об общей популяции. Методом косвенной стандартизации по полу, возрасту и календарному году рассчитаны СКС с 95% доверительными интервалами для периодов до и после 2015 года. Анализ проведён для всей выборки, а также отдельно для выходцев из Сирии, Афганистана и Ирака. В целом, иммигранты из изучаемых стран продемонстрировали достоверно более низкий риск суицида по сравнению с общей немецкой популяцией (СКС=0,38; 95% ДИ: 0,35–0,41). Статистически значимых различий в СКС между периодами до и после 2015 года не выявлено. При этом в период после 2015 г. у иммигрантов из Афганистана зафиксирован более высокий риск суицида (0,68; 95% ДИ: 0,54–0,83) по сравнению с сирийскими (0,30; 95% ДИ: 0,25–0,36) и иракскими (0,37; 95% ДИ: 0,26–0,48) группами. Несмотря на ряд стрессогенных факторов, связанных с миграцией, риск суицидальной смертности в исследуемых группах оставался стабильным, и был значимо ниже общегерманского уровня. Авторы предполагают влияние двух ключевых факторов: 1) исходно более низких уровней суицидов в странах происхождения, и 2) селективных миграционных процессов, благоприятствующих переселению лиц с более высокими показателями психологической устойчивости [15].

В Канаде на основе административных данных системы здравоохранения в период с 2003 по 2017 гг. в провинции Онтарио было проведено популяционное исследование, включавшее более 9 млн взрослых в возрасте  $\geq 18$  лет [16]. Основной переменной был миграционный статус (долгосрочные резиденты против недавних иммигрантов). Специфические предикторы для иммигрантов включали категорию иммиграции (например, статус беженцев) и страну происхождения. Учитывались смерть от суицида и случаи госпитализации в отделения неотложной помощи вследствие самоповреждений. В выборку вошли 590289 недавних иммигрантов и 8464790 долгосрочных резидентов. Показатель завершённых суицидов был значимо ниже среди иммигрантов ( $n=130$ ; 3,3 на 100000 человеко-лет) по сравнению с долгосрочными резидентами ( $n=6354$ ; 11,8 на 100000). Соотношение уровней суицида среди

мужчин и женщин было менее выраженным в иммигрантской группе. Беженцы демонстрировали достоверно более высокий риск как суицида, так и самоповреждений по сравнению с иммигрантами, не являющимися беженцами. Частота обращений в отделения неотложной помощи по поводу суицидальных попыток также была ниже среди иммигрантов ( $n=2256$ ; 4,4 на 10000) по сравнению с резидентами ( $n=68039$ ; 9,7 на 10000). В отличие от долгосрочных резидентов, у которых низкий доход был чётко ассоциирован с повышенным риском суицида, среди иммигрантов такой связи не наблюдалось, и градиент риска самоповреждения в зависимости от дохода был слабее. Стратифицированный анализ по странам происхождения выявил значительную вариабельность в показателях суицида (от 1,4 до 9,9 на 100000) и самоповреждения (от 1,8 до 14,9 на 10000). Таким образом, недавние иммигранты характеризуются существенно более низкими уровнями суицидального поведения по сравнению с коренным населением, а социальнодемографические предикторы этих исходов в двух группах различаются. Авторы считают, что оценка суицидального риска среди иммигрантов требует учёта ключевых контекстных факторов, таких как иммиграционный статус, регион происхождения и характеристики принимающей среды [16].

Другие канадские исследователи провели сравнительный анализ уровня суицидов среди иммигрантов и всего коренного населения Канады [17]. Данные были получены из Канадской базы данных статистики естественного движения населения и Ежегодника мировой статистики здравоохранения ВОЗ, а социальнодемографическая информация для расчёта показателей – из материалов переписи населения. Для иммигрантов и коренного населения были рассчитаны стандартизированные по возрасту коэффициенты суицидов с разбивкой по полу и месту жительства, а также показатели самоубийств в зависимости от возраста и пола на основе трёхлетних средних значений, привязанных к переписям 1991 и 1996 годов. В результате исследования было выявлено, что уровень суицидов среди иммигрантов был примерно в два раза ниже, чем среди коренного населения. Были обнаружены значимые различия в возрастном распределении: среди иммигрантов уровень суицидов увеличивался с возрастом, тогда как среди уроженцев Канады он был выше в более молодых возрастных группах. Уровень суицидов среди мужчин превышал соответствующие показатели среди женщин в обеих

группах, но эта связанная с полом разница была статистически менее выражена среди иммигрантов. Полученные данные также свидетельствуют о том, что модель суицидального поведения среди иммигрантов в большей степени соответствовала паттерну, характерному для их стран происхождения, и отличалась от такового у коренного населения. Кроме того, у иммигрантов, проживавших в крупных городах (Торонто, Монреаль, Ванкувер), уровень суицидов был ниже, чем у тех, кто поселился в других частях Канады [17]. Это исследование подтверждает выводы более ранней работы из Канады – среди иммигрантов первого поколения индексы суицидов ниже, чем у жителей, родившихся в Канаде [18].

Ещё одно интересное исследование было проведено в Канаде на выборке молодых людей из первого и второго поколения мигрантов в сравнении с их сверстниками из местного населения, причём с учётом ряда социальнодемографических факторов. В работе проанализирована выборка молодых людей в возрасте 15–17 лет из общенационального репрезентативного поперечного исследования «Канадское обследование здоровья детей и молодёжи» (2019 г.). С помощью множественного логистического регрессионного анализа оценивали связи между миграционным статусом (независимая переменная) и суицидальным поведением – суицидальными мыслями и попытками самоубийства за последний год. В роли социальнодемографических факторов выступали пол, доход семьи и факт развода родителей [19]. Результаты показали, что риск попыток суицида среди иммигрантов второго поколения был почти в два раза выше, чем среди иммигрантов первого поколения и, самое главное – неиммигрантов (отношение шансов, ОШ=1,68; 95% ДИ: 1,07–2,63). Было выявлено, что связь между статусом иммигранта второго поколения и попытками самоубийства усиливалась в подгруппах с высоким семейным доходом (ОШ=2,04; 95% ДИ: 1,30–3,21) и среди лиц, переживших развод родителей (ОШ=5,19; 95% ДИ: 1,41–19,12). Аналогично, связь со суицидальными мыслями у иммигрантов второго поколения оказалась сильнее выражена среди мужчин (ОШ=1,78; 95% ДИ: 1,04–3,07) и в группе с разведёнными родителями (ОШ=4,13; 95% ДИ: 1,40–12,14). Кроме того, для иммигрантов первого поколения были обнаружены различия в уровнях риска в зависимости от времени прибытия в страну. Полученные данные подчёркивают комплексный характер взаимосвязи между миграцион-

ным статусом и суицидальным риском, который опосредуется ключевыми социально - демографическими переменными [19].

*Австралия* относится к странам с относительно высоким риском самоубийства, особенно среди молодёжи [20]. Проведен ретроспективный анализ уровня суицидальной смертности среди иммигрантов первого поколения в Австралии за период с 1974 по 2006 год в сравнении с рисками среди уроженцев Австралии [21]. Дополнительно изучалась корреляция между показателями суицидов среди иммигрантов из 23 стран происхождения и аналогичными показателями в этих странах за 2001–2006 годы. Для выборок из каждой страны происхождения были рассчитаны стандартизированные по возрасту показатели суицидальной смертности для лиц в возрасте 15 лет и старше и стандартизированные коэффициенты смертности (Standardised Mortality Ratios, SMR) с 95% доверительным интервалом. В результате анализа была выявлена общая нисходящая временная тенденция уровня суицидов среди всех исследуемых групп для обоих полов. Наименьшие значения показателей были зафиксированы в 2004–2006 годах. На протяжении всего исследуемого периода наиболее высокие показатели суицидов среди мужского населения наблюдались в выборках из Восточной, Северной и Западной Европы, а также из Новой Зеландии. Среди женского населения максимум показателей был отмечен у уроженок Западной Европы и Великобритании (включая Ирландию). Напротив, минимальные показатели суицидальной смертности были зарегистрированы как среди мужчин, так и среди женщин, родившихся в Северной Африке и на Ближнем Востоке, Южной и Центральной Азии, а также в Юго-Восточной Азии. Статистический анализ выявил наличие значимой положительной корреляции между уровнями суицидов среди мужчин-иммигрантов из определённых стран и соответствующими показателями в их странах происхождения. Полученные данные позволяют заключить, что динамика уровня суицидов среди иммигрантского населения находится под сильным влиянием социокультурных норм, характерных для их стран происхождения. Общее снижение риска суицида в исследуемой популяции иммигрантов было статистически значимым, причём наиболее выраженная положительная динамика наблюдалась среди мужской выборки [21].

Целью ещё одной работы австралийских исследователей явилось описание социодемографического профиля мигрантов второго по-

коления, совершивших суицид, и сравнительный анализ суицидального риска у представителей этой группы и остального населения Австралии [22]. Использованы данные официальной статистики о случаях суицида за 2001–2008 годы, дополненные информацией из реестров штатов и территорий о месте происхождения родителей погибших, с целью дифференциации по миграционному статусу (первое, второе и более ранние поколения, то есть фактически местное население). Результаты регрессионного анализа показали, что на долю мигрантов второго поколения пришлось 811 случаев суицида (14,6% от общего числа). По сравнению с другими группами, суициденты из этой выборки были в среднем моложе и реже состояли в браке. Также выявлено, что мужчины-иммигранты второго поколения в возрасте 25–39 лет имели более высокий риск суицида по сравнению с иммигрантами первого поколения, но более низкий по сравнению с третьим и более поколениями. В возрастной группе старше 60 лет у мигрантов второго поколения, напротив, был зафиксирован более низкий риск суицида, чем у представителей первого поколения. Полученные данные позволяют заключить, что в Австралии иммигранты второго поколения в целом не демонстрируют повышенного суицидального риска по сравнению с коренным населением. Сниженный риск суицида среди мужчин второго поколения в возрасте 25–39 лет по сравнению с третьим и более поколениями может быть объяснен более благоприятным социально-экономическим статусом, а также психологическими ресурсами и адаптационной гибкостью, сформировавшимися в условиях бiculturalной социализации. Авторы не дают объяснений повышенному уровню суицидов среди пожилых мигрантов первого поколения [22].

В ещё одной работе из Австралии проанализированы общенациональные показатели и динамика суицидов за период с 2006 по 2019 г. среди различных групп мигрантов [23]. Оценка относительного риска суицида проводилась с помощью коэффициентов смертности с расчётом 95% доверительных интервалов, рассчитывались стандартизированные по возрасту показатели на 100000 населения и среднегодовое процентное изменение. Результаты показали, что все группы мигрантов, за исключением женщин из Океании, имели статистически значимо более низкий риск суицида по сравнению с урождёнными австралийцами. При этом женщины из европейских стран и Океании имели повышенный риск суицида относительно ми-

гранток из англоязычных стран. Среди мужчин-мигрантов из Океании и Африки зафиксированы высокие показатели смертности от суицидов при отсутствии значимых изменений в динамике за период исследования, в то время как женщины из Африки демонстрировали рост уровня суицидов на 8% в год. Полученные данные свидетельствуют о диспропорциональной уязвимости к суицидальному поведению среди мигрантов из Океании и Африки по сравнению с другими мигрантскими группами в Австралии [23].

Следующее исследование фокусирует внимание на экономических последствиях суицидального поведения среди австралийских мигрантов [24]. Учитывая существенные различия в распространённости суицидального поведения и уровнях смертности в различных культурно-этнических группах населения были проанализированы утраченные годы жизни, потери продуктивных лет и совокупные экономические издержки, включающие прямые, косвенные и нематериальные компоненты. Источником данных послужила система судебно-медицинского учета с фиксацией случаев суицида за 2020 год. Результаты расчёта экономических последствий 346 завершённых суицидов в исследуемой популяции оценивают потери в размере 2,9 млрд австралийских долларов при средней стоимости одного случая 8,47 млн долларов. Представленные расчёты не учитывают экономические последствия, связанные с нефатальными суицидальными попытками, которые могут существенно увеличивать общие потери. Авторы приходят к заключению о значительном экономическом ущербе от суицидов мигрантов и подчеркивают актуальность разработки комплексной национальной программы профилактики, адаптированной к специфическим потребностям разнородных культурных и языковых групп [24].

Интересное кросс-культурное исследование, также из Австралии, ставило своей целью анализ суицидальных рисков и протективных факторов среди иммигрантов первого поколения из пяти стран Африканского Рога (Эфиопия, Эритрея, Сомали, Джибути, Сомалиленд), проживающих в штате Виктория (Австралия) [25]. В ходе исследования на репрезентативных выборках, сформированных методом снежного кома в рамках каждого исследуемого сообщества, применялся опросник для оценки знаний, установок и практик в отношении суицидального поведения. Результаты выявили три ключевых фактора риска: отсутствие эффективного взаимодействия между ресурсами сообщества и

официальными службами поддержки, распространённость стигматизирующих установок в отношении суицида, а также недостаточный уровень осведомлённости о проблематике суицидального поведения. Роль факторов риска проявляется в ограничении контактов со службами психического здоровья, что повышает вероятность реализации суицидальных намерений и других негативных исходов. В то же время, значимым протективным фактором, обеспечивающим сообществам мигрантов поддержку в решении проблем суицидального поведения и психического здоровья, оказались религиозные и общественные лидеры, а также практикующие целители [25].

В США наблюдается в последние годы резкий рост численности иммигрантов и одновременное увеличение суицидальных рисков среди них. Учитывая то, что для США характерна ситуация с высоким уровнем нелегальной иммиграции, работы из США заостряют внимание на связи суицидального поведения мигрантов с психосоциальными проблемами среди них [26-29]. В одной из работ с использованием опросника SBQR была обследована репрезентативная выборка молодых иммигрантов (18-25 лет; n=366) с учётом чувства принадлежности и иммиграционного статуса респондентов, таких как нелегальный статус, программа DACA (временная отсрочка депортации и возобновляемая возможность работать для детей иммигрантов, ввезённых в США), наличие вида на жительство или гражданства США [26]. Результаты регрессионного анализа продемонстрировали статистически значимую связь между нелегальным статусом / DACA и повышенными показателями суицидального поведения по сравнению с постоянными резидентами и гражданами США. Установлено, что интенсивность суицидального поведения отрицательно коррелировала с чувством социального принятия и положительно – со страхом депортации и опасениями стать жертвой преследований. Было выявлено, что связь между нелегальным статусом и суицидальным поведением опосредует такой аспект, как переживание себя нежеланным в американском обществе. Авторы подчёркивают значимость межличностных детерминант суицидального риска среди молодых нелегальных иммигрантов и указывают на необходимость разработки культурно - сенситивных вмешательств, правовых и политических решений, направленных на снижение рисков среди них [26].

Аналогичные вопросы затрагивает работа P. Erfani и соавт. [27]. В ходе исследования был

рассчитан годовой уровень суицидов среди мигрантов, содержащихся под стражей иммиграционной и таможенной службы США за период 2010–2020 гг. Даты и причины смерти верифицировались по данным публичной базы данных, отчётам и пресс-релизам иммиграционной таможенной службы. Расчёт годовых показателей суицидов производился в двух метриках: количество случаев на 100000 человеко-лет наблюдения и на 100000 случаев госпитализации. Результаты анализа показали, что средний показатель суицидов в 2010–2019 гг. составлял 3,3 на 100000 человеко-лет (SD: 2,6). В 2020 году зафиксирован рост суицидальной смертности в 5,3 раза относительно среднего декадного значения с показателем 17,4 на 100000 человеко-лет. При расчёте по метрике госпитализаций средний показатель за 2010–2019 гг. составил 0,3 на 100000 госпитализаций (SD: 0,3), тогда как в 2020 году отмечен 11-кратный рост до 3,4 на 100000 госпитализаций. Полученные данные свидетельствуют о значительном увеличении уровня суицидов среди мигрантов в местах содержания под стражей в 2020 году по сравнению с предшествующим десятилетним периодом, что авторы интерпретируют с позиций системного ухудшения состояния психического здоровья в пенитенциарной системе иммиграционной службы [27].

Ещё одно исследование из США было направлено на оценку влияния иммиграционного статуса на уровень суицидальной смертности [28]. Данные о случаях завершённого суицида за период 1998–2001 гг. были получены из медицинских отчётов округа Риверсайд (штат Калифорния), информация для контрольной группы была сформирована на основе материалов переписи населения 2000 года. Результаты анализа демонстрируют наличие статистически значимой связи между иммиграционным статусом и повышенным риском суицида. Установлено, что разведённые лица из иммигрантской популяции совершали суициды в 2,07 раза чаще (OR=2,07; 95% ДИ: 1,24–3,45) по сравнению с коренными жителями. Лица, непродолжительно пребывающие в США, демонстрируют 2,6-кратное повышение суицидального риска (OR=2,60; 95% ДИ: 1,55–4,35) относительно контрольной группы. Выявлена обратная корреляция между продолжительностью проживания в стране и уровнем суицидального риска, где меньшая длительность пребывания ассоциирована с более высокими показателями суицидальной смертности. Авторы указывают на необходимость социальной интеграции им-

мигрантских групп в принимающее сообщество и считают, что превентивные программы должны рассматривать недавних иммигрантов как группу с повышенным суицидальным риском [28].

Одна из работ из США направлена на идентификацию факторов риска среди иммигрантов, совершивших суицид в контексте проблем с интимным партнёром [29]. На материале системы регистрации насильственных смертей за 2003–2019 гг. были проанализированы данные 3177 иммигрантов, столкнувшихся с проблемами в отношениях с интимным партнёром. Метод латентного анализа классов с учётом показателей психического здоровья позволил верифицировать три группы: группа с доминирующей психиатрической патологией (26,6%), группа с алкогольной зависимостью и употреблением психоактивных веществ (6,5%) и группа с минимальной симптоматикой (66,9%). Группа с психиатрическими расстройствами характеризовалась преобладанием женщин, лиц азиатского происхождения и респондентов с высшим образованием, тогда как в группе с аддиктивными расстройствами доминировали мужчины латиноамериканского происхождения с уровнем образования не выше среднего. Стратификация по методам суицида выявила склонность первой группы к отравлениям, тогда как группа с минимальной симптоматикой чаще использовала огнестрельное оружие. Наибольшая распространённость предшествующих суицидальных попыток зафиксирована в группе с психиатрической патологией, при этом обе клинические группы достоверно чаще сообщали о суицидальных мыслях в анамнезе по сравнению с группой минимального риска. Авторы отмечают, что риски среди иммигрантов в связи с проблемами с интимным партнёром неоднородны, зависят от их психического здоровья, и призывают разрабатывать превентивные стратегии с учётом этого обстоятельства [29].

#### *Моноэтнические страны, принимающие мигрантов*

В отличие от стран, население которых исторически формировалось как следствие миграции, где многообразие культур и этнических анклавов является обычным явлением, моноэтнические страны, например, такие как Израиль и Япония, приверженные культуре титульной нации, могут иметь свои особенности. Недавнее интересное исследование из *Израиля* посвящено факторам суицидального поведения среди иммигрантов из Эфиопии, которые де-

монстрируют повышенные показатели суицидальной смертности по сравнению с другими демографическими группами [30]. В рамках исследования проводился сравнительный анализ стандартизированных по возрасту показателей суицидов среди трёх групп населения: иммигрантов из Эфиопии, репатриантов из бывшего СССР и уроженцев Израиля за период 1985-2017 гг. с разделением по полу, возрасту, семейному положению и периоду репатриации. Результаты анализа выявили устойчивую закономерность: стандартизированные показатели суицидов среди иммигрантов из Эфиопии в 3,1 раза превышали аналогичные показатели в группе репатриантов из бывшего СССР и в 4,1 раза – в группе уроженцев Израиля. Аналогичные показатели были получены для обоих полов, внутри каждой возрастной группы и во все годы исследования. Анализ выявил три фазы динамики суицидов среди эфиопских иммигрантов: значительное снижение (1992-2001), последующий рост (2001-2006) и прогрессирующее снижение (после 2006). Среди женщин эти колебания были менее выражены. Было обнаружено, что брак играет менее существенную защитную роль для иммигрантов из Эфиопии. Полученные данные интерпретируются авторами в контексте социокультурной дезинтеграции и внутрисемейных конфликтов, нивелирующих традиционный защитный потенциал брачных отношений. Колебания уровня самоубийств среди эфиопов с течением времени, по-видимому, связаны с изменениями в системе социального обеспечения. Авторы считают, что иммигранты из Эфиопии, сталкивающиеся с социально-экономическими трудностями и с семейными конфликтами, должны проходить скрининг на суицидальный риск, а выявленные лица должны быть направлены на специализированные семинары, учитывающие особенности эфиопской культуры [30].

Ещё одно исследование было направлено на выявление взаимосвязи между суицидальным поведением и статусом иммигранта среди жителей Израиля и репатриантов из бывшего СССР [31]. Использованы данные израильской базы Всемирного исследования психического здоровья (World Mental Health Survey), содержащие информацию о суицидальных мыслях, планах и попытках самоубийства. Репрезентативная выборка включила уроженцев Израиля (n=2114) и иммигрантов из стран бывшего СССР, прибывших после 1990 года (n=814). Статистические данные о завершённых суицидах получены из национального регистра Ми-

нистерства здравоохранения. Стандартизированные показатели распространённости суицидального поведения в течение жизни среди иммигрантов из бывшего СССР продемонстрировали статистически значимое превышение аналогичных показателей среди уроженцев Израиля. Наибольший относительный риск выявлен у тех, кто иммигрировал относительно недавно (до 5 лет пребывания в стране), среди молодых взрослых с высшим образованием и респондентов без супружеского партнера. Анализ завершённых суицидов выявил устойчиво высокие показатели среди иммигрантской популяции, с максимальными значениями среди мужчин молодого возраста. Полученные результаты коррелируют с данными о суицидальной смертности в странах исхода и согласуются с концепцией аккультурационного стресса [31].

Несмотря на особенности японской культуры и сложности японского языка, в Японии также растёт число иммигрантов. В исследовании японских авторов на основе данных общенациональной статистики смертности были рассчитаны стандартизированные по возрасту показатели суицидов для восьми групп иностранных граждан (Бразилия, Китай, Корея, Перу, Филиппины, Таиланд, Великобритания, США) с стратификацией по полу за период 1980-2015 гг. [32]. Сравнение уровня суицидов в исследуемых группах с показателями коренного японского населения осуществлялось посредством расчёта относительных рисков. Был также проведён углублённый анализ корейской диаспоры, демонстрирующей максимальные показатели суицидальной смертности, при этом проводилось сравнительное исследование уровня суицидов среди корейского населения Японии и Республики Корея. Результаты исследования показали, что корейская и китайская диаспоры демонстрировали показатели, сопоставимые или превышающие уровень суицидов среди японского населения, в то время как в остальных исследуемых группах фиксировались более низкие значения. Особый интерес представляет устойчивая динамика суицидальной смертности среди корейцев, показатели которых вдвое превышали аналогичные в японской популяции, причём уровень суицидов среди корейских иммигрантов в Японии систематически превышал соответствующие показатели в стране происхождения. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии универсального паттерна влияния суицидальных показателей принимающей страны на иммигрантские сообщества. Авторы объясняют суици-

дальнюю активность в корейской диаспоре комплексом социально-экономических детерминант, включая структурную дискриминацию, ограниченный доступ к ресурсам и аккультурационный стресс [32].

Интересный пример представляет работа турецких авторов, которые исследовали турецкую диаспору в *Швейцарии*. Они отмечают, что у турецких мигрантов документально подтверждён более высокий уровень суицидальных попыток по сравнению не только с коренным населением принимающих стран, но и с резидентами Турции, что предполагает влияние специфических стрессоров, связанных с миграционным опытом и сложностями аккультурации [33]. В рамках дизайна «случай-контроль» была сформирована клиническая выборка, состоящая из 70 пациентов турецкого происхождения, госпитализированных в отделение неотложной помощи Университетской больницы Базеля в связи с суицидальной попыткой. Группу сравнения составили 70 швейцарских суицидентов, сопоставимых по возрасту и полу. Полученные результаты подтвердили повышенную частоту суицидальных попыток в исследуемой выборке. В выборке турецких мигрантов значительно преобладали женщины (соотношение женщины / мужчины составило 2,2 к 1), причем 38,6% всех случаев приходилось на женщин в возрасте от 15 до 25 лет, что указывает на их особую уязвимость. Качественный анализ мотивационной составляющей выявил как сходство, так и различия между группами. Доминирующим фактором в обеих выборках выступили проблемы в партнёрских отношениях: о них сообщили 63% швейцарских и 54% турецких пациентов. В то же время, 14% швейцарских, но ни один из турецких пациентов, пытавшихся покончить самоубийством, не назвали социальную изоляцию в качестве причины самоубийства. При этом 9% турецких пациентов указали в качестве основной причины «угрозу утраты / отказа в предоставлении статуса беженца». Значимые различия наблюдались и в выборе средств для суицидальной попытки: турецкие иммигранты чаще использовали анальгетики, в то время как швейцарские пациенты, как правило, отдавали предпочтение бензодиазепинам. Полученные данные убедительно свидетельствуют о том, что суицидальное поведение турецких мигрантов в Швейцарии детерминировано комплексным взаимодействием культурно - специфических и иммиграционно-правовых факторов [33].

*Особые категории – беженцы, подростки, матери с детьми, лица с психическими расстройствами*

Статус беженца предполагает особый набор факторов риска, учитывая мотивы иммиграции и вероятные пережитые недавно травматические ситуации. В Дании было проведено исследование с целью сравнения суицидальных рисков и попыток самоубийства у беженцев и коренного населения. В качестве метода использовался ретроспективный анализ выборок [34]. Данные о лицах, ищущих убежище и о жителях Дании в период с 2009 по 2019 гг. были получены из иммиграционных служб и национальных реестров. В исследование было включено 78666 беженцев. Между исследуемыми группами обнаружены существенные различия, показатель частоты суицидальных попыток составил 842,0 на 100000 человеко-лет в выборке лиц, ищущих убежище, против 92,3 на 100000 человеко-лет в общей популяции. Особого внимания заслуживают несовершеннолетние без сопровождения взрослых, где в период 2015-2019 годов зафиксирован показатель частоты 5,8 (95% ДИ: 4,3-7,5) раз превышающий таковой в общей популяции. При этом статистически значимых различий в показателях завершённых самоубийств между просителями убежища и общей популяцией не выявлено, а среди несовершеннолетних без сопровождения, несмотря на наличие попыток, случаев завершённого суицида не зарегистрировано. Полученные результаты убедительно свидетельствуют о значительном превышении уровня суицидальных попыток (но не суицидов) среди просителей убежища по сравнению с общей популяцией Дании, особенно среди несовершеннолетних без сопровождения взрослых [34].

Одним из аспектов проблемы является распространённость психических расстройств среди мигрантов и возможность их обострения под влиянием аккультурационного стресса. В Италии провели сравнительное изучение суицидальных мыслей и попыток самоубийства в репрезентативной выборке пациентов психиатрических стационаров с учётом их иммигрантского статуса [35]. В исследование были включены 152 пациента-иммигранта, сопоставленные методом парного отбора с 152 пациентами итальянского происхождения по ключевым клиничко-демографическим параметрам (возраст, пол и психиатрический диагноз на момент госпитализации). Сравнительный анализ охватывал комплекс социально-демографических и клинических характеристик, включая нозоло-

гическую специфику психического расстройства, возраст манифестации заболевания, длительность течения, количество предшествующих госпитализаций, продолжительность текущей госпитализации, историю суицидального поведения, а также коморбидную наркологическую патологию. Статистический анализ не выявил значимых межгрупповых различий по показателям суицидальных мыслей (как в анамнезе, так и в остром периоде) и суицидальных попыток. Единственными статистически значимыми различиями стали меньшая продолжительность заболевания у иммигрантов и более высокая распространённость злоупотребления психоактивными веществами в группе итальянских пациентов. Учитывая сопоставимость уровня суицидального риска в исследуемых группах, авторы приходят к выводу, что для оценки суицидального риска для всех пациентов психиатрических стационаров вне зависимости от их этнокультурного статуса могут быть использованы унифицированные протоколы и алгоритмы [35].

В исследовании из Великобритании, также нацеленном на оценку роли психических расстройств, были представлены две выборки: лица с длительностью пребывания менее 5 лет (недавние мигранты) и лица, находящиеся в процессе легализации миграционного статуса [36]. Использованы данные Национального конфиденциального исследования суицидов в психиатрической практике за период с 2011 по 2019 гг. В ходе исследования были получены следующие результаты: из 13948 зафиксированных суицидов 593 случая принадлежали недавним иммигрантам, включая 48 лиц в процессе легализации. Стандартизированный показатель суицидальной смертности среди мигрантов, обращающихся за легализацией статуса, достиг 23,8 на 100000 населения (95% ДИ 17,3-32,1) за 2011-2017 гг., демонстрируя статистически значимое превышение общего популяционного уровня (10,6 на 100000;  $p=0,0001$ ). Этнические меньшинства были в 15% случаев представлены среди недавних мигрантов и в 70% – среди ходатайствующих о пребывании (против 7% среди некоренного населения), при этом клиницисты чаще оценивали их как лиц с низким долгосрочным суицидальным риском (63% и 76% против 57% соответственно). В то же время, была выявлена более высокая частота суицидов в течение трех месяцев после выписки из стационара среди недавних мигрантов (19% против 14%), а среди ходатайствующих о пребывании – повышенная распространённость

шизофрении и других бредовых расстройств (31% против 15%) и недавних психотравмирующих событий (71% против 51%). Таким образом, для иммигрантов характерен более выраженный профиль психопатологии на момент суицида, потенциально связанный с комплексом стрессоров и/или ограниченным доступом к службам раннего выявления. Авторы отмечают, что парадоксальное расхождение между объективной тяжестью состояния и клинической оценкой риска требует внедрения межведомственного подхода к профилактике суицидов, учитывающего специфические стрессоры в группе мигрантов [36].

Молодёжная популяция во всём мире характеризуется растущими показателями суицидальных мыслей, самоповреждающего поведения, суицидальных попыток и завершённых суицидов [37, 38]. В условиях усиления процессов глобализации наблюдается рост мобильности молодого поколения, мигрирующего между странами в целях получения образования и трудоустройства. В международном обзоре, посвящённом суицидальному поведению (суицидальные мысли, попытки, завершённый суицид) молодых иммигрантов, проведён систематический поиск в базах данных Medline, Embase и PsycINFO за период с момента их создания до 31 марта 2022 года [39]. География стран исхода в данном исследовании была обширна – от многочисленных стран Азии и арабского Востока до стран бывшего СССР и восточной Европы, при этом принимающими странами были США, Канада, Австралия, Греция, Нидерланды, ОАЭ, Швеция и Германия. Обобщение результатов показало, что молодые мигранты демонстрируют более высокие показатели самоповреждающего поведения и суицидальных попыток по сравнению с неиммигрантской молодёжью, тогда как статистически значимых различий в распространённости суицидальных мыслей и завершённых суицидов обнаружено не было. Авторы подчёркивают необходимость проведения более методологически строгих исследований и разработки целевых превентивных программ и политики, направленной на снижение рисков суицидального поведения среди молодых мигрантов [39].

Группа исследователей из Великобритании и Таиланда обратили внимание на смертность от суицида женщин-мигранток. Эта проблема обусловлена комплексным воздействием психосоциальных и социально-экономических стрессоров, включая пережитые травмы, социальную изоляцию, экономическую нестабиль-

ность и ограниченный доступ к медицинской помощи [40]. Авторы проанализировали данные о смертности в Исследовательском центре по малярии за период с 1998 по 2015 год, в котором находились женщины, получавшие акушерскую помощь в лагере для беженцев на границе Таиланда и Мьянмы, а также женщины-мигранты. За исследуемый период из 65 зарегистрированных случаев материнской смертности 6, то есть 9%, были определены как самоубийства. Расчётные показатели материнской смертности от самоубийств достигли 16,4 на 100000 живорождений (95% ДИ: 5,7–37,9) среди беженцев и 13,8 на 100000 живорождений (95% ДИ: 3,8–50,2) среди мигрантов. Эти значения существенно превышают как среднемировые показатели для стран с низким и средним уровнем дохода, так и показатели стран с высоким уровнем дохода (0,80 на 100000 живорождений в Великобритании). Все женщины, покончившие с собой, были в возрасте от 18 до 36 лет и находились на сроках беременности от 9 до 30 недель. Основным способом совершения самоубийства были отравления (хинин, пестициды). Полученные данные убедительно свидетельствуют о непропорционально высоком уровне материнской смертности от самоубийств в исследуемых уязвимых группах [40].

Одной из особых групп суицидентов являются лица, совершающие повторные попытки самоубийства, среди них чаще встречаются история самоубийств в семье, соматические заболевания и психические расстройства, более высокие баллы депрессии и намеренности и более низкие – социальной поддержки [41]. На материале проекта ВОЗ MONSUE было осуществлено сравнение частоты повторных попыток самоубийства среди иммигрантов и местного европейского населения, а также сроков повторения попыток в этих группах [42]. Проект охватил 7 европейских стран с общим числом участников  $n=13566$ , включая 10574 представителей местного населения и 3032 иммигрантов. Результаты (на основе бинарной логистической регрессии) показали значимо более низкие показатели повторных суицидальных попыток среди восточноевропейских иммигрантов и неевропейских мигрантов по сравнению с коренным населением. Иммигранты из Восточной Европы характеризуются более поздними сроками рецидивов суицидального поведения относительно контрольной группы. В общей структуре повторных попыток 32% случаев приходилось на первые 30 дней наблюдения. Анализ также выявил отрицатель-

ную корреляцию между возрастом и вероятностью рецидива и повышенный риск повторения среди женщин, использовавших более летальные методы при первой попытке. Сниженная частота повторных суицидальных попыток среди западных иммигрантов при их изначально повышенной суицидальной активности, по мнению авторов, свидетельствует о ситуативной природе суицидального кризиса в данных группах [42].

#### *Заключение*

Проведённый нами обзор релевантных исследований позволяет прийти к следующим заключениям. Проблема суицидального поведения среди мигрантов наиболее активно изучается в странах западного мира, куда в основном направлены международные потоки мигрантов из стран с более низким экономическим уровнем. В основном представлены данные по смертности и госпитализациям после попыток, что предусматривает высокое качество регистрации этих событий и доступность этих данных для анализа. Заметно меньше исследований, в которых оцениваются суицидальные мысли и планы, чаще всего это касается подростков и молодёжи, пациентов клиник или заключённых в условиях временного содержания, то есть организованных контингентов. Исследования показывают, что при значительном разнообразии распространённости суицидальных мыслей, попыток и завершённого суицида, чаще всего иммигранты подвержены им в той степени, в какой он присущ их странам исхода. В силу этого иммигранты, например, из стран арабского востока в Западно-Европейских странах имеют более низкие показатели по сравнению с местным населением, а иммигранты из стран бывшего СССР – относительно высокие.

В то же время, это более всего характерно для иммигрантов первого поколения, поскольку во втором и третьем поколении эти различия могут сглаживаться. В ряде случаев мигранты второго поколения демонстрируют более высокие риски, чем их родители. Возможно, это связано с глобальными тенденциями среди молодёжи. Многие при этом, судя по всему, зависят от степени приверженности иммигрантов своей традиционной культуре. В этом смысле использование потенциала культуры происхождения и формирование «культурной преемственности» может выступать защитным фактором [43].

В то же время, иммигранты, особенно в первом поколении, а также беженцы в западном мире подвержены многочисленным факто-

рам риска, среди которых социальная изоляция, сложности адаптации к новым условиям и местной культуре, экономические и финансовые трудности, которые могут усугубить уже имеющиеся проблемы с психическим здоровьем или спровоцировать новые психические расстройства. Особое значение имеют аккультурационный стресс, дискриминация и языковые барьеры, что затрудняет доступ к услугам в области психического здоровья. Одной из проблем может стать ухудшение взаимоотношений в семье, межпоколенческие конфликты и трудности с подтверждением своего статуса в стране пребывания, угроза депортации и проблемы с законом. Тенденции среди иммигрантов различаются в различных принимающих странах, например, в Австралии и Канаде обычно уровни среди иммигрантов ниже, в то время как в США – выше, чем в общей популяции. Это совпадает с резкими изменениями миграционной политики в США. В ряде случаев можно заподозрить особую роль дискриминации и исторической памяти – очень высокий уровень суицидов среди корейской диаспоры в Японии может быть связан с отголосками расистского отношения к корейцам [34].

Интерес представляет обсуждаемый в некоторых работах «эффект здорового иммигранта», связанный, по мнению авторов, с селективной иммиграцией наиболее жизнестойких и готовых к трудностям [6, 13]. Однако в отношении суицидальности этот эффект, по-видимому, не передается от первого поколения ко второму. Степень этого эффекта среди молодых иммигрантов второго поколения варьирует в зависимости от других социально-демографических факторов, в частности от влияния цифровой среды, которая оказывает глобализующее влияние на психологические характеристики молодежи и суицидальное поведение.

Подводя итог, нужно отметить, что миграция – это не только перемена географического места жительства, это изменение социального окружения, а также переход из одного общества в другое, из одной культуры в другую, то есть переломное событие в биографии человека, часто сопровождающееся кризисными явлениями [44]. Переезд в другую страну может быть осуществлен под влиянием разнообразных мотивов: экономических (трудоустройство, высокий спрос на рабочую силу, более широкие экономические возможности, более высокая заработная плата), социальных (вступление в брак, воссоединение семьи, получение образования в другой стране), культурных (бо-

лее высокий культурный уровень, привлекательность культуры страны эмиграции), религиозных (смена конфессиональной принадлежности), психологических (желание посмотреть мир, общая заражённость эмиграционными настроениями: «все поехали и я поехал») и т.д. Многие из принявших решение эмигрировать уезжают со светлой надеждой на будущее. Однако, при перемещении в другую страну у мигранта может возникнуть целый ряд психологических сложностей, среди которых кризис культурной и национальной идентификации, потеря социального статуса, чувство малоценности, внутренние конфликты, разрушение концепции будущего, напряжённость в отношениях с супругами и детьми, «комплекс иностранца», изматывающие ностальгические переживания, нарушение принадлежности к группе, чувство вины перед оставленными на Родине родственниками и т.д. Кто-то, особенно при знании иностранного языка, не без труда, но всё же сравнительно неплохо вписывается в новую действительность и даже преуспевает в ней. Кому-то так и не удаётся полностью пережить «культурный шок» при столкновении с новой социальной, политической и культурной действительностью и интегрироваться в новое общество. Именно люди, не пережившие стресс аккультурации и не прошедшие все фазы адаптации, остаются маргинализованными, и находятся в зоне риска относительно суицидального поведения. В то же время, механизмы психологической адаптации в новой социокультурной среде имеют, как правило, универсальный характер и одинаковы для всех стран эмиграции. В связи с этим актуальным вопросом является разработка и внедрение практических программ психологической помощи для эмигрантов с учётом особенностей психологии этой группы.

В целом проведённый нами обзор даёт основание предполагать, что суициды среди мигрантов в современном глобализованном мире, похоже, всё меньше определяются «потерей родной почвы» и всё больше зависят от социально-экономических факторов. По крайней мере, в таком виде они предстают в современных западных исследованиях. Рассмотренные нами работы представляют ценность для нас прежде всего в плане использованных методологических подходов и дают возможность экстраполировать некоторые закономерности суицидального поведения на российские условия, особенно в контексте снижения барьеров и оценки нагрузки на ресурсы оказания психиатрической и психологической помощи.

## MIGRATION, MIGRANTS AND SUICIDE: A BRIEF NARRATIVE REVIEW OF THE FOREIGN STUDIES

O.V. Felsendorff<sup>1</sup>, V.A. Rozanov<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia

<sup>2</sup>V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

### Abstract:

In the modern world, the intensity of migration processes is increasing, involving hundreds of millions of people. In many suicidological guidelines, immigrant status is considered a risk factor for suicide. However, migrants are not a homogeneous group; their motives are diverse, and the consequences for mental health and suicidal behavior are ambiguous. *Methodology.* A search was conducted in domestic and international databases on the problem of suicide among migrants. Thirty-five sources from Western countries were processed. *Results.* Suicidal behavior among migrants is most actively studied in Western countries, which are the main destination for international migration flows from countries with a lower economic level. Studies show that despite significant variation in the prevalence of suicidal ideation, attempts, and completed suicide, immigrants most often demonstrate characteristic of suicidal behavior that are inherent to their countries of origin. Consequently, immigrants from the Middle East, for example, have lower rates in the Western European countries compared to the local population, while immigrants from countries of the former USSR have relatively higher rates. Sometimes this pattern is visible only in the first generation, while in the second generation the levels begin to approach those typical of the host culture. Teenagers and young people, who are deeply involved in the global information context, are at a highest risk. The situation in different host countries depends on migration policy, the status of the migrant (refugees, undocumented migrants, those granted asylum or who have legalized their status), as well as the historically formed attitude towards migration. *Conclusion.* Suicides among migrants are a topical research subject in Western suicidology. The international experience accumulated in this area is of interest to us from the perspective of the methodology used for the analysis, as well as in the context of assessing possible burden on psychiatric and psychological support resources.

*Keywords:* suicidal behavior, suicides, migration, migrants, risk factors, protective factors

### Introduction

The International Organization for Migration (IOM) within the UN, in its report "World Migration Report 2024," recently informed that the total number of international migrants has currently reached 281 million people, and the number of displaced persons has increased to 117 million [1]. The report views international migration as a factor stimulating human development and economic growth, emphasizing that most migration processes are organized and safe and provide access to new opportunities and livelihoods. At the same time, it is noted that the number of undocumented migrants has also sharply increased. The volume of international financing in this area has significantly increased over the past decades: from \$128 billion in 2000 to \$831 billion in 2022 [1].

At the same time, based on the history of Russian emigration as well as contemporary studies focused on psycho-social issues among migrants, the problem of suicides among them appears to be alarming and ambiguous [2,3]. In most suicide prevention guidelines, migrant status is mentioned as one of the risk factors for suicide [3,4]. There are data indicating that recent or repeated changes in place of residence are common among people who have committed suicide [4]. The official WHO website reports an increased risk of suicides among migrants, mainly due to mental health problems among them [5]. However, migrants are a very heterogeneous group. The reasons for migration can vary greatly, and much depends on the goals pursued by migrants, as well as the effectiveness of their adaptation to new conditions and the speed of acculturation. At the same time, it is necessary to take into account the modern context, and much of what was said about early twentieth-century migrants may no longer

be relevant today. Today's migration issue is a part of a broader topic related to globalization.

In one of the recent review papers on this subject, it is stated that the prevalence of suicidal thoughts, attempts, and completed suicides among migrants varies significantly according to different studies. Research aimed at comparing the risk of suicide between migrants and native populations of host countries also yields conflicting results [6]. This is likely due to differences across various countries, taking into account local specifics, unique causes and motives for migration, including the proportion of forced migrants (refugees) rather than just those seeking better lives. It is quite possible that researchers from recipient countries might not fully understand the cultural characteristics of newcomers since the distance between cultures increases along with the global nature of migratory processes.

Our experience studying psychological problems among migrants has prompted us to write this review. It is also worth noting that there are intensive immigration processes ongoing in Russia too [7], so analyzing the situation in different countries worldwide could be beneficial.

### Materials and methods

The search was conducted in the PubMed and eLibrary databases using keywords such as "immigration and suicide", "migrants and suicide", "refugees and suicide", "suicides among migrants", "suicides among refugees and displaced persons", etc. It should be noted that no articles were found in the Russian-language segment. Identified foreign sources were selected based on their citation frequency, maximum relevance to the discussion topic, as broad geographical coverage as possible, inclusion of various groups, including adoles-

cents and individuals with mental disorders. Preference was given to large international meta-analyses and detailed national studies that paid attention to potential reasons for observed differences compared to the local population. A total of 35 sources were processed.

#### *Systematic reviews and meta-analyses*

A systematic narrative review published by Italian researchers analyzed both risk and protective factors contributing to suicidal behavior among migrants [6]. It notes that migration can lead to social isolation, discrimination, language barriers, acculturative stress, economic and financial difficulties. All these factors can impair mental health and trigger psychiatric disorders, making it harder for migrants to access professional help due to stigma and misunderstanding of their cultural peculiarities. Nevertheless, migrants often exhibit the same level of suicide risk as existed initially in their country of origin. Refugees form a special category characterized by higher suicide risks compared to both the indigenous population of the host country and other migrant groups. Exposure to armed conflicts and associated psychological trauma act as strong predictors of suicidal ideation among them. The review highlights that second-generation migrants (children born and raised in the country where their parents previously immigrated) demonstrate significantly more frequent suicidal behaviors compared to first-generation migrants (direct immigrants). Women-migrants with children show particularly high risks because they frequently do not receive adequate support due to limitations like stigma, language difficulties, and insufficient knowledge about existing socio-psychological assistance systems. They prioritize children's needs over their own well-being. Overall, the review concludes that the prevalence of mental disorders and suicide risks among migrants are closely linked to their living conditions. Constant concerns about safety, lack of housing, food, water, essential items, as well as difficulties accessing help – all these factors are associated with symptoms of PTSD and the prevalence of suicidal thoughts [6].

Another major European systematic review analyzed 24 studies conducted between 1990 and 2011, which compared the risk of suicide among adult immigrants to the general population risk in European countries [8]. As a result, it was found that immigrants from Northern and Eastern Europe, where national levels of suicide are traditionally high, had a higher rate of suicide compared to non-migrant groups. Gender and age differences were recorded: young female immigrants from Turkey, East Africa, and South Asia emerged as a high-risk group. Similar to previous findings, it was noted that immigrants carry the suicide risk inherent to their country of origin, especially during the initial stages of adaptation. The authors emphasize that in most immigrant groups, there is no elevated risk of suicide compared to the native population, and in some cases, it may even be even substantially lower [8].

Researchers from England presented an extensive review dedicated to the level of suicides and suicide risk among refugees and internally displaced persons, ana-

lyzing 4347 articles, from which they selected 77 studies. The most studied group consisted of refugees who received shelter. Suicide rates varied widely within this group, ranging from 4 to 290 per 100000 person-years. Prevalence rates for attempted suicide and suicidal ideation also varied considerably across studies, spanning from 0.14 to 15.1% and from 0.17 to 70.6%, respectively. Comparative analysis revealed differentiated suicide-related risks depending on legal status. Among refugees granted asylum, four out of five studies reported a lower risk of completed suicide compared to the native population. Conversely, among individuals awaiting asylum decisions, two out of three studies identified an elevated suicide risk. Similarly, among camp-dwelling refugees, two out of three studies indicated statistically significant higher rates of suicidal ideation compared to natives. The authors note that the existing evidence does not allow for definitive conclusions regarding risk and highlight challenges in developing targeted aid programs for vulnerable groups such as refugees and internally displaced persons [9].

A systematic review and meta-analysis carried out by Iranian researcher S. Amiri (2022) examined the global prevalence of suicidal behavior among immigrants and refugees, including suicidal ideation, completed suicides, suicide attempts, and suicide planning [10]. The analysis included 51 studies published up to December 2019 from PubMed and EMBASE databases. The resulting meta-analysis yielded the following prevalence estimates: suicidal ideation – 16%, suicide attempts – 6%, suicide planning – 4%. The prevalence of suicidal ideation was 10% among men and 17% among women, whereas suicide attempt rates were 1% and 7%, respectively. The odds ratio for death by suicide among immigrants was 0.91, and for suicide attempts it was 1.15. The author emphasizes the high prevalence of suicidal behavior, particularly suicidal ideation and attempts among immigrants, underscoring the need for targeted preventive measures and specialized care interventions for this population [10].

In another review, 678 sources covering the period from 1980 to 2017 were studied, of which 43 underwent further analysis. Some studies reported lower rates of suicide attempts, while others presented data showing higher rates of suicidal behavior and suicides among immigrants compared to the native population. A positive correlation was found between suicidal behavior and suicide rates in countries of origin. Young female immigrants of South Asian and African descent faced the highest risk of suicide attempts. Risk factors among migrants and ethnic minorities included language barriers, concern for family back home, and separation from family. Possible triggers for suicidal behavior included lack of information about healthcare services, loss of status, loss of social connections, and acculturation stress [11].

Another systematic review and meta-analysis focusing on mortality causes among *labor migrants* included data from 16 predominantly high-income countries, encompassing a total of 44338 registered deaths. The study covered diverse employment sectors, includ-

ing agriculture, construction, mining, and service industries. It was found that labor migrants experienced a higher risk of occupational injuries compared to local employees (1.71%) but a lower overall mortality risk (0.95%). Labor migrants were more likely to die from external causes (such as falls from heights or aggression towards them) than from internal ones (like respiratory or gastrointestinal illnesses). Additionally, migrant workers had a greater likelihood of dying from work-related homicides, particularly in retail trade and sex-industry. Evidence suggested a higher suicide rate among female migrant workers compared to local female employees. Factors associated with suicide risk include low proficiency in the local language, lack of formal documentation, and duration of stay in the host country. Work-related risk factors include unstable employment, specific policies toward labor migrants, and economic deregulation. The conclusion drawn was that labor migrants face a higher risk of workplace injuries despite being generally healthier than local workers, which may be explained by structural factors such as job instability and inadequate safety measures [12].

Thus, meta-analyses, which typically average results from different countries and cultures, do not provide a clear picture regarding whether migrants are at higher risk compared to locals. In this regard, local studies that offer more details and explanations are more informative. We are describing them here considering the particularities of recipient countries.

*Countries open to immigration (Germany, Australia, Canada, USA)*

Several countries, such as the United States, Australia, and Canada, consist entirely of migrants and remain open to immigration (with certain regulatory elements) until now. Germany can be considered somewhat similar, having seen a significant influx of migrants over the past decades due to the government policy. Studies on suicides among migrants are most numerous in these countries, clearly reflecting interest in the issue and possibly some concern within academic circles.

In *Germany*, based on national mortality statistics from 2000 to 2017, a comparison was made of suicide risks among Germans and nine major migrant groups, including those from Turkey, Italy, Poland, Greece, Ukraine, Russia, Romania, Netherlands, and Spain. The total observation base included 206056 cases of suicide [13]. The standardized mortality rates (SMR) calculated for these immigrant groups were lower than those of the German population, ranging from 0.24 (for Greek nationality) to 0.86 (for Russian nationality). Among immigrants, suicide mortality rates were highest among adolescents and decreased with age, being associated with both the level of suicides in their country of origin and socioeconomic factors. Interestingly, during global financial crises, the risk of suicide among migrants from countries most affected by the crisis declined more sharply compared to other regions. This unexpected finding is explained by an increase in immigration during such periods, which attracts primarily healthy and resilient individuals who are less likely to emigrate under normal

circumstances. This pattern aligns with what is known as the “immigrant paradox,” where first-generation immigrants typically demonstrate greater resilience [13].

Another study conducted in Germany investigated the suicide rate among repatriates from the former Soviet Union. The focus of this research shifted towards the relationship between suicide risk and the age at time of repatriation [14]. The study observed repatriates arriving in Germany between 1990 and 1999, followed up until 2010. For a sample size of 6378 individuals (3031 men and 3347 women), a cumulative observation period of 92149 person-years was recorded. The median migration age was 27 years for men and 30 years for women. Overall female mortality among repatriate women was significantly below expected levels (SMR=0.85 [0.75; 0.97]). In contrast, male mortality due to external causes was significantly higher overall (SMR=1.58 [1.09; 2.23]), particularly intentional self-harm (SMR=1.68 [0.90; 2.88]) and especially deaths with uncertain intent, such as poisoning by psychoactive substances (SMR=8.07 [4.02; 14.44]). Mortality from external causes increased significantly in the subgroup of migrants arriving after 1995 (SMR=1.87). Men aged 11–20 years at arrival were identified as the most vulnerable group, exhibiting extremely high risk of death from suicide (SMR=3.84) and deaths with unclear intentions (SMR=14.75), often seen as hidden reservoirs of suicidal behavior [14].

The results of this study also showed that adolescence and young adulthood at the time of migration are critical risk factors for developing suicidal behaviors and behavioral patterns leading to death from external causes. Discussing this, the authors suggested that previously existing protective factors (such as close family ties in the countries of origin) lose their effectiveness in the novel sociocultural conditions in Germany. It is assumed that triggering factors include conflicts related to increased urban population density (many repatriates came from rural areas) and changes in the ethno-cultural profile of repatriate families toward predominance of Russian-speaking identity, creating additional barriers to successful integration according to the researchers [14].

A separate attention deserves a study on suicides among refugees who arrived in Germany before and after 2015 – the threshold period of mass refugee immigration [15]. Data from the Federal Statistical Office of Germany covering 2000–2020 were used, including information about immigrants and the general population. Standardized mortality ratios (SMRs) with 95% confidence intervals were calculated using indirect standardization by sex, age, and calendar year for pre- and post-2015 periods. Analysis was performed for the entire sample and separately for people from Syria, Afghanistan, and Iraq. Overall, immigrants from these studied countries demonstrated a statistically significant lower suicide risk compared to the general German population (SMR=0.38; 95% CI: 0.35–0.41). No statistically significant differences in SMRs were found between the periods before and after 2015. However, in the post-2015 period, Afghan immigrants had a higher suicide risk (0.68; 95% CI: 0.54–0.83) compared to

Syrian (0.30; 95% CI: 0.25–0.36) and Iraqi (0.37; 95% CI: 0.26–0.48) groups. Despite several stress-related factors linked to migration, the risk of suicide mortality remained stable across the studied groups and was significantly lower than the nationwide German level. Authors suggest two key factors influencing this trend: 1) initially lower suicide rates in countries of origin, and 2) selective migration processes favoring relocation of individuals with higher psychological resilience [15].

In *Canada*, a population-based study utilizing administrative health system data from Ontario province was conducted over the period 2003–2017, involving over 9 million adults aged  $\geq 18$  years [16]. The primary variable was immigration status (long-term residents vs recent immigrants). Specific predictors for immigrants included immigration category (e.g., refugee status) and country of origin. Both completed suicides and emergency department visits following self-injury were considered. The study included 590289 recent immigrants and 8464790 long-term residents. The rate of completed suicides was significantly lower among immigrants ( $n=130$ ; 3.3 per 100000 person-years) compared to long-term residents ( $n=6,354$ ; 11.8 per 100000). The gender-specific difference in suicide rates was less pronounced in the immigrant group. Refugees exhibited a significantly higher risk of both suicide and self-injury compared to non-refugee immigrants. Emergency department visits for attempted suicide were also lower among immigrants ( $n=2256$ ; 4.4 per 10000) compared to residents ( $n=68039$ ; 9.7 per 10000). Unlike long-term residents, where low income was clearly associated with an elevated suicide risk, no such association was observed among immigrants, and the gradient of self-injury risk by income was weaker. Stratified analysis by country of origin revealed substantial variability in suicide (from 1.4 to 9.9 per 100000) and self-injury rates (from 1.8 to 14.9 per 10000). Thus, recent immigrants exhibit substantially lower levels of suicidal behavior compared to native-born populations, and socio-demographic predictors differ between the two groups. The authors argue that assessing suicide risk among immigrants requires consideration of contextual factors such as immigration status, region of origin, and characteristics of the host environment [16].

Another group of Canadian researchers conducted a comparative analysis of suicide rates among immigrants and the entire indigenous population of Canada [17]. Data were obtained from the Canadian Vital Statistics Database and WHO Annual Health Statistics Yearbook, while socio-demographic information for calculating indicators was derived from census materials. Age-standardized suicide rates were calculated for immigrants and indigenous populations broken down by gender and place of residence, along with suicide rates depending on age and gender based on three-year averages tied to censuses of 1991 and 1996. The study found that the suicide rate among immigrants was approximately twice as low as among the indigenous population. Significant differences in age distribution were noted: among immigrants, the suicide rate increased

with age, whereas among Canadians born in the country it was higher in younger age groups. Suicide rates among men exceeded corresponding rates among women in both groups, but this gender-related difference was statistically less pronounced among immigrants. The findings also indicate that the pattern of suicidal behavior among immigrants more closely resembled that typical of their countries of origin and differed from that of the indigenous population. Additionally, immigrants living in large cities (Toronto, Montreal, Vancouver) had lower suicide rates than those residing elsewhere in Canada [17]. This study confirms earlier conclusions from another Canadian work – indices of suicide among first-generation immigrants are lower than among those born in Canada [18].

Another interesting study was conducted in *Canada* focusing on a sample of young people from first- and second-generation immigrants compared to their peers from the local population, taking into account various socio-demographic factors. The study analyzed a representative cross-sectional survey dataset of youth aged 15–17 years old from the nationally representative Canadian Health Survey on Children and Youth (2019). Using multiple logistic regression analyses, associations were assessed between migratory status (independent variable) and suicidal behavior – both suicidal ideation and attempts within the last year. Socio-demographic covariates included gender, household income, and parental divorce status [19]. Results indicated that the odds of attempting suicide among second-generation immigrants were nearly double those of first-generation immigrants and, notably, non-migrants (odds ratio,  $OR=1.68$ ; 95% CI: 1.07–2.63). Moreover, the link between second-generation immigrant status and suicide attempt became stronger in subgroups with high household incomes ( $OR=2.04$ ; 95% CI: 1.30–3.21) and among those experiencing parental divorce ( $OR=5.19$ ; 95% CI: 1.41–19.12). Similarly, the association with suicidal thoughts among second-generation immigrants was stronger among males ( $OR=1.78$ ; 95% CI: 1.04–3.07) and in the divorced-parents group ( $OR = 4.13$ ; 95% CI: 1.40–12.14). Furthermore, variations in risk levels were detected among first-generation immigrants based on their timing of arrival in the country. These findings highlight the complex interplay between migratory status and suicidal risk, mediated by key socio-demographic variables [19].

*Australia* belongs to countries with relatively high suicide risk, particularly among young people [20]. A retrospective analysis of suicide mortality rates among first-generation immigrants in Australia from 1974 to 2006 was carried out, comparing them with risks among Australian natives [21]. An additional correlation study examined suicide rates among immigrants from 23 different countries of origin and comparable rates in those same countries from 2001 to 2006. Age-standardized suicide mortality rates were calculated for each country-of-birth cohort for individuals aged 15 years or older, along with standardized mortality ratios (SMRs) with 95% confidence intervals. The analysis revealed a general downward temporal trend in suicide rates across all

studied groups both for men and women. The lowest values were recorded in 2004–2006. Throughout the study period, the highest suicide rates among males were observed in samples originating from Eastern, Northern, and Western Europe, as well as New Zealand. Female samples saw peak rates among those born in Western Europe and the United Kingdom (including Ireland). Conversely, the lowest suicide mortality rates were consistently documented among both male and female birth cohorts from North Africa and the Middle East, South and Central Asia, and Southeast Asia. Statistical analysis uncovered a significant positive correlation between suicide rates among male immigrants from certain countries and rates in their respective home countries. These findings allowed authors to conclude that dynamics of suicide levels among immigrant populations are strongly influenced by sociocultural norms characteristic of their countries of origin. Overall reduction in suicide risk in the studied immigrant population was statistically significant, with the most pronounced positive trends evident among male cohorts [21].

The aim of another study by Australian researchers was to describe the sociodemographic profile of second-generation migrants who committed suicide and compare the suicide risk in this group with the rest of the Australian population [22]. Official statistics on suicide cases from 2001 to 2008 were utilized, supplemented with registry data from states and territories regarding the parents' country of origin, allowing differentiation by migration status (first, second, and subsequent generations, i.e., the local population). Regression analysis results showed that second-generation migrants accounted for 811 suicide cases (14.6% of the total number). Compared to other groups, individuals in this cohort were generally younger and less frequently married. It was also found that second-generation male migrants aged 25–39 had a higher suicide risk compared to first-generation immigrants but a lower one compared to third and later generations. On the contrary, in the age group above 60 years, second-generation migrants displayed a lower suicide risk than first-generation ones. The findings suggest that second-generation immigrants in Australia do not show an elevated suicide risk when compared to the native population. The reduced suicide risk among second-generation men aged 25–39 relative to third and later generations may be attributed to better socio-economic status and psychological resources developed through bicultural socialization. The authors did not provide explanations for the higher suicide levels among elderly first-generation migrants [22].

In yet another study from Australia, national-level suicide rates and trends were analyzed among different migrant groups from 2006 to 2019 [23]. Relative suicide risk assessment involved calculation of mortality coefficients with 95% confidence intervals, age-standardized rates per 100000 of population, and annual percentage change. Findings showed that all migrant groups except women from Oceania had statistically significantly lower suicide risk compared to native Australians. Women from European countries and Oceania had a higher sui-

cide risk relative to women from Anglophone nations. Male migrants from Oceania and Africa exhibited high suicide mortality rates without any significant dynamic changes throughout the study period, while African females showed an 8% yearly increase in suicide levels. The collected data indicates disproportionately higher vulnerability to suicidal behavior among migrants from Oceania and Africa compared to other migrant groups in Australia [23].

An intriguing cross-cultural study from Australia aimed to analyze suicide risks and protective factors among first-generation immigrants from five Horn of Africa countries (Ethiopia, Eritrea, Somalia, Djibouti, Somaliland) residing in Victoria state [25]. Employing snowball sampling methods within each community, surveys were administered to assess knowledge, attitudes, and practices concerning suicidal behavior. Key findings highlighted three main risk factors: lack of effective collaboration between community resources and official support services, widespread stigma surrounding suicide, and insufficient awareness about issues related to suicidal behavior. These risk factors manifest themselves in limited engagement with mental health services, increasing the likelihood of actualizing suicidal intentions and other adverse outcomes. Simultaneously, religious leaders, community figures, and traditional healers emerged as crucial protective elements providing support to immigrant communities by addressing challenges related to suicidal tendencies and mental health [25].

In the *USA*, there has been a sharp rise in the number of immigrants recently accompanied by an increase in suicide risks among them. Given that the US situation is characterized by a high level of illegal immigration, studies from the USA emphasize the connection between migrants' suicidal behavior and psychosocial problems [26–29]. One particular study employed the Suicidality Behavior Questionnaire Revised (SBQR) to examine a representative sample of young immigrants (aged 18–25; N=366), accounting for respondents' sense of belonging and immigration status, including undocumented status, Deferred Action for Childhood Arrivals program (DACA), permanent residency, or U.S. citizenship [26]. Regression analysis results demonstrated a statistically significant association between undocumented/DACA status and heightened suicidal behavior measures compared to permanent residents and U.S. citizens. Intensity of suicidal behavior negatively correlated with feelings of social acceptance and positively with fears of deportation and concerns about becoming victims of persecution. The study revealed that the link between undocumented status and suicidal behavior is mediated by the perception of oneself as unwanted personality in American society. The authors underline the importance of interpersonal determinants of suicide risk among young unauthorized immigrants and call for culturally sensitive interventions, legal, and policy solutions aimed at reducing risks among this group [26].

Similar questions are addressed in the work by Erfani et al. [27]. In this study, the annual suicide rate among migrants detained by the US Immigration and

Customs Enforcement Service was calculated for the period 2010–2020. Dates and causes of death were verified using public database records, media reports, and press releases from the Immigration and Customs Enforcement Service. Annual suicide rates were calculated in two metrics: cases per 100000 person-years of observation and cases per 100000 hospitalizations. The analysis results showed that the average suicide rate from 2010 to 2019 was 3.3 per 100000 person-years (SD: 2.6). In 2020, a 5.3-fold increase in suicide mortality was recorded compared to the decadal mean value, reaching 17.4 per 100000 person-years. When calculated per hospitalization metric, the average rate for 2010–2019 was 0.3 per 100000 hospitalizations (SD: 0.3), while in 2020 an 11-fold increase was observed, reaching 3.4 per 100000 hospitalizations. The obtained data indicate a significant increase in suicide rates among migrants held in detention facilities in 2020 compared to the preceding decade-long period, which the authors interpret in terms of systemic deterioration in mental health within the immigration service penal system [27].

Another study from the USA focused on evaluating the impact of immigration status on suicide mortality rates [28]. Completed suicides data for the period 1998–2001 were obtained from medical reports of Riverside County, California, while control group information was based on the 2000 Census data. The analysis demonstrates a statistically significant association between immigration status and increased suicide risk. Divorced individuals from the immigrant population committed suicide 2.07 times more frequently (OR = 2.07; 95% CI: 1.24–3.45) compared to native residents. Individuals with short durations of stay in the USA showed a 2.6-fold increase in suicide risk (OR = 2.60; 95% CI: 1.55–4.35) relative to the control group. An inverse correlation was found between duration of residence in the country and suicide risk, with shorter stays associated with higher suicide mortality rates. The authors point to the need for social integration of immigrant groups into the host community and recommend preventive programs considering recent immigrants as a group with elevated suicide risk [28].

#### *Monocultural countries receiving immigrants*

Unlike countries with the whole populations historically formed as a consequence of migration, where cultural diversity and ethnic enclaves are commonplace, monocultural countries like Israel and Japan, dedicated to the culture of the titular nation, can present unique features. A recent notable study from Israel focuses on suicide risk factors among Ethiopian immigrants, who display higher suicide mortality rates compared to other demographic groups [30]. Within the study, an age-standardized comparative analysis of suicide rates was conducted among three population groups: Ethiopian immigrants, returnees from the former Soviet Union, and Israeli-born inhabitants from 1985 to 2017, stratified by gender, age, marital status, and period of repatriation. Analysis results revealed a consistent pattern: age-standardized suicide rates among Ethiopian immigrants were 3.1 times higher than those in the group of

returnees from the former Soviet Union and 4.1 times higher than in the group of Israeli-born inhabitants. Similar trends were observed for both genders, within each age group, and throughout the study period. Three phases of suicide dynamics among Ethiopian immigrants were identified: a marked decline (1992–2001), subsequent growth (2001–2006), and progressive decrease thereafter (post-2006). Fluctuations were less pronounced among women. Marriage appeared to play a lesser protective role for Ethiopian immigrants. The findings are interpreted by the authors in the context of sociocultural disintegration and intra-family conflicts diminishing the traditional protective potential of marriage relationships. Variations in suicide levels among Ethiopians over time seem to correlate with changes in the social security system. The authors suggest that Ethiopian immigrants facing socioeconomic difficulties and familial conflicts should undergo screening for suicide risk, and identified individuals should attend specialized seminars tailored to Ethiopian cultural specificities [30].

Another study aimed to identify the relationship between suicidal behavior and immigrant status among Israeli residents and returnees from the former Soviet Union [31]. Data from the Israeli branch of the World Mental Health Survey were utilized, containing information on suicidal thoughts, plans, and suicide attempts. The representative sample included native-born Israelis (n=2114) and immigrants from former Soviet Union countries who arrived after 1990 (n=814). Statistical data on completed suicides were retrieved from the Ministry of Health's national register. Standardized lifetime prevalence estimates of suicidal behavior among immigrants from the former Soviet Union showed statistically significant excess compared to native-born Israelis. The greatest relative risk was found among those who immigrated recently (less than 5 years since arrival), young adults with university education, and unmarried participants. Analysis of completed suicides revealed persistently high rates among the immigrant population, with maximum values among young adult males. The findings correlate with suicide mortality data from countries of origin and align with the concept of acculturative stress [31].

Despite the peculiarities of Japanese culture and language complexity, Japan too sees a growing number of immigrants. Based on national mortality statistics, Japanese authors calculated age-standardized suicide rates for eight foreign citizen groups (Brazil, China, Korea, Peru, Philippines, Thailand, UK, and USA) stratified by gender over the period 1980–2015 [32]. Comparison of suicide levels in these groups with those of the native Japanese population was done via relative risk calculations. There was also an in-depth analysis of the Korean diaspora, showing the highest suicide mortality rates, with a comparative study of suicide levels among Koreans in Japan versus Republic of Korea. Study results indicated that the Korean and Chinese diasporas showed similar or even higher suicide rates compared to the Japanese population, while the remaining groups exhibited lower rates. Of special interest is the

persistent suicide mortality trend among Koreans, whose rates were twice as high as those in the Japanese population, systematically exceeding corresponding rates in the country of origin. The findings suggest a lack of universal influence pattern of host country's suicide rates on immigrant communities. The authors explain suicidal activity in the Korean diaspora by a complex set of socioeconomic determinants, including structural discrimination, restricted access to resources, and acculturative stress [32].

An interesting example comes from Turkish authors studying the Turkish diaspora in Switzerland. They note that Turkish migrants experience a higher frequency of suicide attempts compared not only to the native population of host countries but also to Turkish residents, suggesting the influence of specific stressors related to migration experiences and acculturation difficulties [33]. Within a case-control design framework, a clinical sample consisting of 70 patients of Turkish descent admitted to the emergency department of Basel University Hospital following a suicide attempt was formed. The control group consisted of 70 Swiss suicide attempters matched by age and gender. The findings confirmed a higher incidence of suicide attempts in the study sample. Notably, women dominated in the Turkish migrant group (female-to-male ratio of 2.2 to 1), with 38.6% of all cases occurring among women aged 15–25, highlighting their particular vulnerability. Qualitative analysis of motivational components revealed similarities and distinctions between the groups. Relationship problems stood out as the dominant factor in both samples, reported by 63% of Swiss and 54% of Turkish patients. Interestingly, 14% of Swiss but none of the Turkish patients cited social isolation as a reason for attempting suicide. Meanwhile, 9% of Turkish patients listed "threat of losing/refusal of asylum status" as the principal cause. Substantial differences were also noted in the choice of means for suicide attempts: Turkish immigrants predominantly used analgesics, whereas Swiss patients favored benzodiazepines. The data convincingly illustrate how suicidal behavior among Turkish migrants in Switzerland is determined by a complex interaction of culturally specific and immigration-law-related factors [33].

*Special categories – refugees, adolescents, mothers with children, mentally ill*

Refugee status implies a distinct set of risk factors given the motives behind immigration and probable recent traumatic experiences. A study in Denmark sought to compare suicide risks and suicide attempts between refugees and the native population. A retrospective analysis method was employed [34]. Data on asylum seekers and Danish residents from 2009 to 2019 were sourced from immigration authorities and national registers. The study included 78666 refugees. Significant differences were found between the groups, with the suicide attempt rate standing at 842.0 per 100000 person-years among asylum seekers versus 92.3 per 100000 person-years in the general population. Particularly noteworthy is the subset of unaccompanied minors, where the rate in the period 2015–2019 was 5.8 (95% CI: 4.3–7.5) times higher than in the general population. Statistically significant

differences in completed suicide rates between asylum seekers and the general population were not observed, nor were there any registered cases of completed suicide among unaccompanied minors despite attempts. The findings compellingly indicate a significantly higher level of suicide attempts (but not suicides) among asylum seekers compared to the general Danish population, particularly among unaccompanied minors [34].

An important aspect of the problem is the prevalence of mental disorders among migrants and the possibility of exacerbating these conditions under the influence of acculturative stress. In Italy, a comparative study was conducted examining suicidal thoughts and suicide attempts in a representative sample of psychiatric inpatients considering their immigrant status [35]. The study included 152 immigrant patients paired with 152 Italian patients matching for key clinical-demographic parameters (age, gender, and psychiatric diagnosis upon admission). Comparative analysis encompassed a range of socio-demographic and clinical characteristics, including diagnostic specificity of mental disorder, disease onset age, illness duration, previous hospitalizations, current hospitalization length, history of suicidal behavior, and comorbid substance abuse pathology. Statistical analysis failed to reveal significant intergroup differences in terms of suicidal ideation (both historical and actual) and suicide attempts. The sole statistically significant differences were shorter disease duration among immigrants and higher prevalence of substance abuse among Italian patients. Considering the comparability of suicide risk levels across the studied groups, the authors conclude that uniform protocols and algorithms could be applied to evaluate suicide risk for all psychiatric inpatients regardless of their ethnocultural background [35].

A study from the UK, similarly focused on evaluating the role of mental disorders, presented two samples: individuals with less than 5 years of residence (recent migrants) and those in the process of legalizing their migration status [36]. Data from the National Confidential Survey of Suicides in Psychiatric Practice from 2011 to 2019 were utilized. The study yielded the following results: Out of 13948 recorded suicides, 593 cases belonged to recent immigrants, including 48 individuals in the process of legalization. The standardized suicide mortality rate among migrants seeking legalization reached 23.8 per 100000 of population (95% CI 17.3–32.1) for 2011–2017, demonstrating statistically significant excess over the general population level (10.6 per 100,000;  $p=0.0001$ ). Ethnic minorities represented 15% of recent migrants and 70% of applicants for residence permits (compared to 7% among non-native populations), although clinicians rated them as having lower long-term suicide risk (63% and 76%, respectively, against 57%). At the same time, a higher frequency of suicides within three months after discharge from hospitals was observed among recent migrants (19% vs. 14%), while applicants for residence status showed higher prevalence of schizophrenia and other delusional disorders (31% vs. 15%) and recent psychotraumatic events (71% vs. 51%). Therefore, immigrants tend to exhibit a more pronounced psycho-

pathological profile at the moment of suicide, potentially linked to a combination of stressors and/or limited access to early detection services. The authors note that the paradoxical discrepancy between objective severity of condition and clinical risk assessment calls for implementation of an interdisciplinary approach to suicide prevention, taking into account specific stressors affecting migrant groups [36].

Youth populations worldwide are characterized by rising rates of suicidal thoughts, self-harming behaviors, suicide attempts, and completed suicides [37, 38]. Amidst intensifying globalization processes, there is an increase in mobility among young people migrating between countries seeking educational opportunities and employment. An international review dedicated to suicidal behavior (suicidal thoughts, attempts, completed suicide) among young immigrants conducted a systematic search in databases such as Medline, Embase, and PsycINFO dating back to their inception until March 31, 2022 [39]. The geography of source countries in this study spanned widely, from numerous Asian and Arab countries to countries of the former Soviet Union and Eastern Europe, with destination countries including the USA, Canada, Australia, Greece, the Netherlands, UAE, Sweden, and Germany. Aggregated results indicated that young migrants exhibit higher rates of self-harming behaviors and suicide attempts compared to non-immigrant youth, though no statistically significant differences were found in the prevalence of suicidal thoughts and completed suicides. The authors emphasize the necessity of conducting more rigorous methodological studies and implementing targeted preventive programs and policies aimed at reducing suicidal behavior risks among young migrants [39].

Researchers from the UK and Thailand drew attention to suicide mortality among female migrants. This issue arises from the combined effects of psychosocial and socioeconomic stressors, including past traumas, social isolation, economic instability, and limited access to healthcare [40]. The authors analyzed mortality data from the Malaria Research Centre spanning from 1998 to 2015, which included women receiving obstetric care in a refugee camp on the border between Thailand and Myanmar, as well as migrant women. Over the study period, six out of 65 maternal deaths (9%) were classified as suicides. Calculated suicide mortality rates reached 16.4 per 100000 live births (95% CI: 5.7–37.9) among refugees and 13.8 per 100000 live births (95% CI: 3.8–50.2) among migrants. These values far exceed both global averages for low- and middle-income countries and those of high-income countries (0.80 per 100000 live births in the UK). All women who died by suicide were aged 18–36 and ranged from 9 to 30 weeks pregnant. The primary method of suicide was poisoning (quinine, pesticides). The findings unequivocally indicate disproportionately high levels of maternal suicide mortality in these vulnerable groups [40].

One particular group of suicide attempters consists of individuals engaging in repeated suicide attempts, who commonly report histories of family suicides, somatic

illnesses, mental disorders, higher depression scores, intentionality, and lower social support levels [41]. Utilizing data from the WHO MONSUE project, a comparison was made between the frequency of repeat suicide attempts among immigrants and local European populations, as well as recurrence timelines in these groups [42]. The project covered seven European countries with a total of  $n=13566$  participants, including 10574 representatives of the local population and 3032 immigrants. Binary logistic regression results showed significantly lower rates of repeat suicide attempts among Eastern European immigrants and non-European migrants compared to the native population. Immigrants from Eastern Europe were characterized by later relapse timelines for suicidal behavior relative to the control group. Thirty-two percent of recurrent attempts occurred within the first 30 days of follow-up. The analysis also revealed negative correlations between age and recurrence probability, as well as an increased risk of repetition among women who used more lethal methods during their initial attempt. According to the authors, the reduced frequency of repeat suicide attempts among non-Western immigrants, despite their initially higher suicidal activity, suggests situational nature of suicidal crises in these groups [42].

#### *Conclusion*

Our review of relevant studies leads to the following conclusions. The issue of suicidal behavior among migrants is most actively explored in Western countries, which receive the majority of international migration flows from economically disadvantaged regions. Most available data relate to mortality and hospital admissions following suicide attempts, reflecting the high quality of event registration and accessibility of these datasets for analysis. Fewer studies exist that assess suicidal thoughts and planning, which are usually confined to teenagers and young adults, clinic patients, or detainees awaiting trial, representing organized groups. Studies demonstrate considerable variation in the prevalence of suicidal thoughts, attempts, and completed suicides, with immigrants generally experiencing these phenomena to the extent they occur in their countries of origin. Consequently, immigrants from Arab countries in Western Europe exhibit lower rates compared to locals, while those from the former Soviet Union tend to have relatively higher rates.

At the same time, immigrants, particularly first-generation arrivals and refugees in Western societies, face numerous risk factors, including social isolation, adaptation to new environments and cultures challenges, economic and financial hardships, which can exacerbate pre-existing mental health issues or trigger new mental disorders. Acculturative stress, discrimination, and language barriers pose obstacles to accessing mental health services. Family relationship breakdowns, generational conflicts, difficulties confirming one's status in the host country, threats of deportation, and legal problems are further contributing factors. Trends vary across recipient countries: in Australia and Canada, immigrant suicide rates are typically lower, while in the USA they are higher than in the general population, coinciding with drastic

shifts in US migration policies. In some instances, one might suspect a special role played by discrimination and historical memory – for instance, the very high suicide rates among the Korean diaspora in Japan could reflect echoes of racist treatment towards Koreans [34].

Of interest is the so-called "healthy immigrant effect," discussed in some publications, which is believed to stem from the selective migration of the most resilient and prepared individuals [6, 13]. However, this effect does not appear to transfer from the first generation to the second in relation to suicidality. The degree of this effect varies among second-generation young immigrants depending on other socio-demographic factors, particularly the influence of digital media, which exerts a globalizing influence on the psychological traits and suicidal behavior of young people.

To summarize, migration is not merely a geographical relocation; it represents a transformation of social surroundings and transition from one society to another, from one culture to another—a pivotal event in an individual's biography, often accompanied by crisis phenomena [44]. Relocation to another country can be driven by diverse motivations: economic (employment opportunities, high demand for labor force, broader economic prospects, higher wages), social (marriage, family reunification, pursuing education abroad), cultural (higher cultural standards, attraction to the culture of the target country), religious (change of confessional affiliation), psychological (desire to explore the world, contagious emigration sentiment: "everyone went, so I went"), etc. Many who decide to emigrate leave their homes with bright hopes for the future. However, upon

moving to a new country, migrants may encounter a series of psychological challenges, including crises of cultural and national identity, loss of social status, feelings of inadequacy, internal conflicts, disruption of future concepts, strained relations with spouses and children, the "foreigner syndrome," exhausting nostalgic experiences, impaired group belonging, guilt towards relatives left behind, etc. Some, especially if proficient in a foreign language, manage to adapt, albeit with difficulty, and even thrive in their new reality. Others never fully overcome the "cultural shock" resulting from exposure to unfamiliar social, political, and cultural realities, failing to integrate into the new society. Those who do not navigate the stresses of acculturation and complete all stages of adaptation remain marginalized and are at risk of suicidal behavior. Nonetheless, mechanisms of psychological adaptation in a new sociocultural setting are generally universal and apply equally to all countries of emigration. Therefore, there is the need to develop and implement practical psychological assistance programs tailored to the specific needs of emigrants.

Overall, our review provides grounds to assume that suicides among migrants in today's globalized world increasingly depend less on the "loss of homeland" and more on socioeconomic factors. At least, this is how they appear in contemporary Western research. The reviewed studies are valuable to us mainly because of the methodological approaches they employ, enabling extrapolation of certain patterns of suicidal behavior onto Russian conditions, particularly in the context of lowering barriers and assessing demands on resources for delivering psychiatric and psychological care.

#### Литература / References:

- World Migration Report. IOM. 2024. 384 p.
- Бердяев Н.А. О самоубийстве: Психологический этюд. Париж: YMCA-press, 1931. [Berdyayev NA. Suicide: A psychological etude. Paris. YMCA-press, 1931.] (In Russ) <https://rusneb.ru/catalog/000199000009000360740/> (ass. 15.11.2025)
- Hankir A, Bhugra D. Immigrant populations and suicide. In: Danuta Wasserman (ed.). Suicide: An unnecessary death, 2 edn. (Oxford, 2016). P. 161-172. DOI: 10.1093/med/9780198717393.003.0017
- Montgomery A, Bhugra, D. Suicide among migrants. In D. Wasserman (Ed.), Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. (2nd ed., pp. 233–240). 2021. Oxford University Press.
- Refugee and migrant mental health. Key facts. Sept 01. 2025. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-mental-health> (assessed Oct. 21/2025)
- Spataro G, Ventriglio A, Signorelli MS, Marrasso G. Suicide among migrants: a comprehensive narrative review of literature. *Int Rev Psychiatry*. 2024; 36 (4-5): 413-423. DOI: 10.1080/09540261.2024.2327389
- Иванова Е.А. Графшонкина А.А., Степанов С.А. Современные миграционные процессы в Российской Федерации: политико-правовой анализ. *Социально-политические науки*. 2025; 15 (5): 88-94. [Ivanova EA, Grafshonkina AA, Stepanov SA. Modern migration processes in the Russian Federation: political and legal analysis. *Sociopolitical Sciences*. 2025; 15 (5): 88-94.] (In Russ) DOI: 10.33693/2223-0092-2025-15-5-88-94
- Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. Suicide among immigrants in Europe – a systematic literature review. *Eur J Public Health*. 2015; 25 (1): 63-71. DOI: 10.1093/eurpub/cku121
- Cogo E, Murray M, Villanueva G, et al. Suicide rates and suicidal behaviour in displaced people: A systematic review. *PLoS One*. 2022; 17 (3): e0263797. DOI: 10.1371/journal.pone.0263797
- Amiri S. Prevalence of Suicide in Immigrants / Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Suicide Res*. 2022; 26 (2): 370-405. DOI: 10.1080/13811118.2020.1802379
- Forte A, Trobia F, Gualtieri F, et al. Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: a literature overview. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15 (7): 1438. DOI: 10.3390/ijerph15071438
- Lau K, Aldridge R, Norredam M, et al. Workplace mortality risk and social determinants among migrant workers: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2024; 9 (11): e935-e949. DOI: 10.1016/S2468-2667(24)00226-3
- Brennecke G, Stoeber FS, Kettner M, et al. Suicide among immigrants in Germany. *J Affect Disord*. 2020; 274: 435-443. DOI: 10.1016/j.jad.2020.05.038
- Deckert A, Winkler V, Meisinger C, et al. Suicide and external mortality pattern in a cohort of migrants from the former Soviet Union to Germany. *J Psychiatr Res*. 2015; 63: 36-42. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2015.02.020
- Le NTH, Genuneit J, Brennecke G, et al. Suicide among post-Arabellion refugees in Germany. *BJPsych Open*. 2024; 10 (6): e188. DOI: 10.1192/bjo.2024.755
- Saunders NR, Chiu M, Lebenbaum M, et al. Suicide and self-harm in recent immigrants in Ontario, Canada: a population-based study. *Can J Psychiatry*. 2019; 64 (11): 777-788. DOI: 10.1177/0706743719856851
- Malenfant EC. Suicide in Canada's immigrant population. *Health Rep*. 2004; 15 (2): 9-17.
- Strachan J, Johansen H, Nair C, Nargundkar M. Canadian suicide mortality rates: first-generation immigrants versus Canadian-born. *Health Rep*. 1990; 2 (4): 327-341.
- Obeegadoo I, Kingsbury M, Anderson KK, Colman I. Suicidality in first-generation, second-generation and non-immigrant youth in Canada. *J Migr Health*. 2024; 11: 100296. DOI: 10.1016/j.jmh.2024.100296

20. Dziak M. Suicide in Australia. *EBSCO*. 2023. <https://www.ebsco.com/research-starters/psychology/suicide-australia> [assessed November 23 2025].
21. Ide N, Kölves K, Cassaniti M, De Leo D. Suicide of first-generation immigrants in Australia, 1974-2006. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012; 47 (12): 1917-1927. DOI: 10.1007/s00127-012-0499-4
22. Law CK, Kölves K, De Leo D. Suicide mortality in second-generation migrants, Australia, 2001-2008. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014; 49 (4): 601-608. DOI: 10.1007/s00127-013-0769-9
23. Maheen H, King T. Suicide in first-generation Australian migrants, 2006-2019: a retrospective mortality study. *Lancet Reg Health West Pac*. 2023; 39: 100845. DOI: 10.1016/j.lanwpc.2023.100845
24. Maheen H, Doran CM. Economic Cost of Suicide Among Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Migrants in Australia. *Int J Environ Res Public Health*. 2025; 22 (6): 892. DOI: 10.3390/ijerph22060892
25. Mihtsintu Y, Yohannes K, Gebirat A. Knowledge, attitudes and practices towards suicide among immigrants from the horn of Africa in Victoria, Australia. *Int J Soc Psychiatry*. 2023 Sep; 69 (6): 1510-1519. DOI: 10.1177/00207640231167075
26. Venta A, Long T, Mercado A, et al. When the United States says you do not belong: Suicide-related thoughts and behaviors among immigrant young adults varying in immigration legal status. *Suicide Life Threat Behav*. 2022; 52 (5): 876-886. DOI: 10.1111/sltb.12871
27. Erfani P, Chin ET, Lee CH, et al. Suicide rates of migrants in United States immigration detention (2010-2020). *AIMS Public Health*. 2021; 8 (3): 416-420. DOI: 10.3934/publichealth.2021031
28. Kposowa AJ, McElvain JP, Breault KD. Immigration and suicide: the role of marital status, duration of residence, and social integration. *Arch Suicide Res*. 2008; 12 (1): 82-92. DOI: 10.1080/13811110701801044
29. Kim W, Kim J, Cho H, Gillis K. Suicide Involving Intimate Partner Problems Among Immigrants in the United States. *J Interpers Violence*. 2025; 8862605251322819. DOI: 10.1177/08862605251322819
30. Youngmann R, Zilber N, Haklai Z, Goldberger N. Suicide rates and risk factors for suicide among Israeli immigrants from Ethiopia (1985-2017). *Isr J Health Policy Res*. 2021; 10 (1): 27. DOI: 10.1186/s13584-021-00454-0
31. Mirsky J, Kohn R, Dolberg P, Levav I. Suicidal behavior among immigrants. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011; 46 (11): 1133-41. DOI: 10.1007/s00127-010-0280-5
32. Ueda M, Yoshikawa K, Matsubayashi T. Suicide by persons with foreign background in Japan. *PLoS One*. 2019; 14 (2): e0211867. DOI: 10.1371/journal.pone.0211867
33. Tarik Yilmaz A, Riecher-Rössler A. Attempted suicide in immigrants from Turkey: a comparison with Swiss suicide attempters. *Psychopathology*. 2012; 45 (6): 366-373. DOI: 10.1159/000337266
34. Khan Amiri D, Madsen T, et al. Suicide and Suicide Attempts Among Asylum-Seekers in Denmark. *Arch Suicide Res*. 2023; 27 (2): 415-425. DOI: 10.1080/13811118.2021.2011809
35. Berardelli I, Tarsitani L, Sarubbi S, et al. Suicide risk and suicide risk factors among immigrants in Italy: A bi-center matched sample study. *Int J Soc Psychiatry*. 2023; 69 (1): 111-116. DOI: 10.1177/00207640211072425
36. Tham SG, Hunt IM, et al. Suicide among psychiatric patients who migrated to the UK: a national clinical survey. *EClinicalMedicine*. 2023; 57: 101859. DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.101859
37. Розанов В.А. Самоубийства среди детей и подростков – что происходит, и в чем причина? *Суицидология*. 2014; 5 (4): 16-31. [Rozaanov VA. Suicides in children and adolescents: what is happening and what is the reason? *Suicidology*. 2014; 5 (4): 16-31. (In Russ)]
38. Senapati RE, Jena S, Parida J, et al. The patterns, trends and major risk factors of suicide among Indian adolescents – a scoping review. *BMC Psychiatry*. 2024; 24: 35. DOI: 10.1186/s12888-023-05447-8
39. Basu A, Boland A, Witt K, Robinson J. Suicidal Behaviour, including Ideation and Self-Harm, in Young Migrants: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19 (14): 8329. DOI: 10.3390/ijerph19148329
40. Fellmeth G, Paw MK, Wiladphaingern J, et al. Maternal suicide risk among refugees and migrants. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016; 134 (2): 223-224. DOI: 10.1016/j.ijgo.2016.02.011
41. Liu Y, Zhang J, Sun L. Who are likely to attempt suicide again? A comparative study between the first and multiple timers. *Compr Psychiatry*. 2017; 78: 54-60. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.07.00
42. Lipsicas CB, Mäkinen IH, Wasserman D, et al. Repetition of attempted suicide among immigrants in Europe. *Can J Psychiatry*. 2014; 59 (10): 539-547. DOI: 10.1177/070674371405901007
43. Deriu V, Benoit L, Moro MR, Lachal J. Idées suicidaires et tentatives de suicide à l'adolescence en contexte migratoire [Suicidal thoughts and suicide attempts in adolescence among migrants]. *Soins Psychiatr*. 2018; 39 (316): 22-26. (In French) DOI: 10.1016/j.spsy.2018.03.005
44. Хрусталева Н.С., Новиков А.И. Эмиграция и эмигранты. СПб: Нестор-История, 2025. [Khrustaleva NS, Novikov AI. Emigration and Emigrants. SPb: Nestor-Istoriya, 2025.] (In Russ)

**Вклад авторов:**

*О.В. Фельсendorфф:* разработка дизайна исследования, написание текста рукописи;

*В.А. Розанов:* разработка дизайна исследования, написание и редактирование текста рукописи.

**Authors' contributions:**

*O.V. Felsendorff:* study design development, writing the text of the manuscript;

*V.A. Rozanov:* study design development, writing and editing the text of the manuscript.

**Information about the authors:**

**Felsendorff Olga V.** – PhD, senior lecturer (ORCID iD: 0000-0001-5986-5138). Place of work and position: Senior lecturer of the Chair of Psychology of Crisis and Extreme situations, Department of Psychology of “St. Petersburg State University”. Address: 6 Makarova embankment St. Petersburg, 199034, Russia. Phone: +7 (812) 324-25-74

**Rozanov Vsevolod A.** – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Place of work and position: Acting head of the Chair of Psychology of Crisis and Extreme situations, Department of Psychology of St. Petersburg State University. Address: 6 Makarova embankment St. Petersburg, 199034, Russia. Phone: +7 (812) 324-25-74. Chief Scientist, Department of Psychotherapy and Treatment of Borderline Disorders, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology. Address: 3, Bekhterev str., St. Petersburg, 192019, Russia. Phone: +7 (812) 670-02-20, email: v.rozanov@spbu.ru

**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: 11.10.2025. Принята к публикации / Accepted for publication: 12.12.2025.

**Для цитирования:** Фельсendorфф О.В., Розанов В.А. Миграция, мигранты и суицид: краткий нарративный обзор иностранных исследований. *Суицидология*. 2025; 16 (4): 3-26. doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-3-26

**For citation:** Felsendorff O.V., Rozanov V.A. Migration, migrants and suicide: a brief narrative review of the foreign studies. *Suicidology*. 2025; 16 (4): 3-26. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.25-16-04(61)-3-26