

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ СКОРОЙ ПОМОЩИ
ИМ. Н.В. СКЛИФOSОВСКОГО

На правах рукописи

Суботич Мария Игоревна

Клинико-психологические факторы хронического суицидального поведения

Научная специальность 5.3.6. Медицинская психология

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата психологических наук

Научный руководитель:
профессор, доктор психологических наук
Холмогорова Алла Борисовна

Москва – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ	19
1.1. Первые теоретические модели суицидального поведения	19
1.2. Современные модели суицидального поведения и его хронификации...	27
ГЛАВА 2. СОВРЕМЕННЫЕ ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЕГО ХРОНИФИКАЦИИ	43
2.1. Социодемографические характеристики пациентов с хроническим суицидальным поведением: обзор современных данных	43
2.2. Современные эмпирические исследования клинических и психологических факторов суицидального поведения и его хронификации	50
ГЛАВА 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ХРОНИЧЕСКОГО СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	67
3.1. Задачи, гипотезы и организация исследования	67
3.2. Характеристика методического комплекса и обследованных групп	69
3.3. Социодемографические характеристики и специфика суицидальных попыток у пациентов с хроническим суицидальным поведением	74
3.4. Клинико-психологические факторы хронического суицидального поведения	77
3.4.1. Клинические факторы хронического суицидального поведения	77
3.4.2. Личностные факторы хронического суицидального поведения	83
3.4.3. Поведенческие и когнитивные факторы хронического суицидального поведения	87
3.4.4. Интерперсональные факторы хронического суицидального поведения	90

3.5. Мишени профилактики повторных суицидальных попыток	93
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	97
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	107
ВЫВОДЫ	109
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	111
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	113
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	114
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА	142

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Суицидальное поведение является актуальной медико-социально-психологической проблемой, которая включает в себя как попытки самоубийства, самоповреждения, так и завершённые суициды. Первичные суицидальные попытки или самоповреждения зачастую влекут за собой повторные аутоагрессивные действия. Среди суицидентов повторные суицидальные попытки предпринимают от 20 % до 60 % человек с временным интервалом до трех лет. Суицидальная попытка в анамнезе является одним из наиболее важных факторов, повышающих риск повторных суицидальных действий (Beghi M., et al., 2013; Olfson M., et al., 2017). Каждый второй пытавшийся покончить с собой в течение года повторяет свою попытку, а каждый третий совершал суицидальную попытку в прошлом (Холмогорова А.Б. и др., 2009), количество незавершённых суицидов в несколько раз превышает количество самоубийств с летальным исходом (Положий Б.С., 2010), а на каждое законченное самоубийство приходится от 10 до 40 суицидальных попыток (Семке В.Я., 1988).

Важным предиктором суицидального поведения является депрессия. Риск суицида у лиц, страдающих депрессией, в 100 раз выше, чем у здоровых людей (Холмогорова А.Б., 2013). Депрессивные расстройства оказывают сравнительно большое влияние из-за их высокой распространенности, несмотря на то, что риск завершённого самоубийства у данной категории лиц ниже, чем у лиц, страдающих шизофренией или биполярным и униполярным расстройством (Дикая Т.И., 2004; Runeson B. et al., 2010).

Социальная тревожность в сочетании с депрессией оказывают значительное влияние на манифестацию суицидального и самоповреждающего поведения (Холмогорова А.Б. и др., 2009). Социальная тревожность также связана с восприятием окружающего мира как неопределённого, чуждого и враждебного, что приводит к социальной изоляции и, как следствие, к чувству одиночества

(Холмогорова А.Б. с и др., 2009). Многие авторы описывают чувство одиночества как недостаток социальных контактов или как мнимое или реальное отсутствие тесных связей со значимыми другими (Sheridan Rains L. et al., 2021; Ikhtabi S. et al., 2022).

Существует множество исследований, доказывающих, что хроническое суицидальное поведение свойственно больше лицам с расстройствами личности, особенно с пограничным расстройством личности (ПРЛ) (Akhtar S. et al., 1986; Шитов Е.А., Меринов А.В., 2015; Paris J., 2019). Согласно исследованиям, 3/4 лиц с пограничным личностным расстройством предпринимают суицидальные попытки, а 11 % амбулаторных и 19 % госпитализированных психиатрических пациентов имеют диагнозы ПРЛ (Linehan M.M. et al., 2000; Söderholm J.J. et al., 2020). Согласно исследованиям, в основе самоповреждающего поведения лежит необходимость восстановления «контроля над собственным состоянием», что подразумевает преодоление высокоинтенсивных болезненных эмоций, вызванных ситуативными факторами и обусловленных психологическими трудностями контроля над эмоциями, низкой толерантностью к стрессу, плохо развитыми навыками саморегуляции (Польская Н.А., 2014; Польская Н.А., Власова Н.В., 2015; Щелкова О.Ю., 2016; Федунина Н.Ю. и др., 2018; Shafti M. et al., 2021). Повторяющиеся суицидальные мысли и поведение были концептуализированы как избегающее копинг-поведение, учитывая, что они часто действуют как способ избежать сложных, тяжелых негативных эмоций и других стрессоров (Daly C. et al., 2020).

Повышает риск совершения повторных суицидальных попыток также наличие таких личностных черт, как перфекционизм и нарциссизм (Gabbard G.O., 2022). Так, многие авторы выявили связь между перфекционизмом и наличием симптомов тревоги, депрессии и суицидальных мыслей, намерений (Гаранян Н.Г. и др., 2001; Каргин А.М. и др., 2009; Холмогорова А.Б., 2011; O'Connor, Portzky G., 2018).

При самоубийствах, в сравнении с другими причинами смерти, наибольшая доля (37 %) суммарных потерь приходится на группу «молодежи и молодых

взрослых» 20–29 лет, что составляет 27,5 % трудоспособного населения и вызывает необходимость не только рассмотрения психологического и демографического аспектов данной проблемы, но и анализа ее как фактора, обуславливающего существенный экономический ущерб вследствие ранней смертности и потерь продуктивных лет жизни (Любов Е.Б. и др., 2012). Многие пациенты не обращаются за помощью после выписки из отделений кризисного типа вследствие ряда факторов: плохие экономические ресурсы (нет возможности обратиться к частному врачу), недостаточно развиты структуры первичной помощи пациентам после совершения суицидальной попытки (кризисный амбулаторный прием, кризисный кабинет), негативное отношение к лечению, негативный прошлый опыт лечения, чувство безнадежности относительно выздоровления или получения поддержки после суицидальной попытки, культурно-обусловленные представления о методах лечения психических расстройств («не говорить о проблемах», «не искать помощи», «искать помощи только в семье, а не у специалистов») (Sullivan S.R. et al., 2022).

Таким образом, существует множество исследований повторных суицидальных попыток, однако большинство из них учитывают отдельные факторы или предикторы. Представлен ряд теоретических моделей, направленных на выявление факторов или механизмов повторных суицидальных попыток. Так, например, в модели М. Linehan (Linehan M.M., 1993), основанной на биопсихосоциальной теории, в качестве основного механизма выделяется дисфункция системы эмоциональной регуляции у пациентов с хроническим суицидальным поведением.

В настоящей работе поставлена цель систематизировать имеющиеся данные и провести собственное комплексное эмпирическое исследование факторов хронификации суицидального поведения на основе многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра, включающей макросоциальные, личностные, семейные и интерперсональные факторы (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 1998; Холмогорова А.Б., 2011).

Эта модель уже доказала свою эффективность в исследованиях факторов

суицидального поведения в детском и подростковом возрастах (Холмогорова А.Б., Воликова С.В., 2012).

Цель исследования

Целью исследования является выявление клинико-психологических факторов хронификации суицидального поведения и на этой основе – выделение основных мишеней психологической помощи пациентам с повторными суицидальными попытками.

Задачи исследования

1. Провести анализ теоретических моделей суицидального поведения и его хронификации.

2. Провести анализ эмпирических исследований социодемографических, клинических и психологических факторов хронификации суицидального поведения.

3. Разработать и апробировать методический комплекс, направленный на диагностику клинических и психологических факторов риска хронификации суицидального поведения.

4. На основе разработанного методического комплекса провести сравнительное исследование двух групп пациентов, находящихся в стационаре после совершения первичных и повторных суицидальных попыток.

5. Описать факторы хронического суицидального поведения и выделить мишени психологической помощи людям с повторными суицидальными попытками на основе многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра.

Объект исследования

Объектом исследования является хроническое суицидальное поведение.

Предмет исследования

Предметом исследования являются социодемографические характеристики и клинико-психологические (клинические, личностные, когнитивно-поведенческие, интерперсональные) факторы хронификации суицидального поведения.

Основная гипотеза исследования

Основная гипотеза исследования: у пациентов с хроническим суицидальным поведением, по сравнению с пациентами с однократной попыткой, чаще имеют место признаки социальной дезадаптации, серьезные психические расстройства и более выражены симптомы тревоги и депрессии, а также дезадаптивные личностные черты, избегающие когнитивно-поведенческие стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями, дефицит социальной поддержки.

Частные гипотезы исследования

1. Такие социодемографические характеристики, как низкий социальный достаток, отсутствие высшего образования и нетрудоустроенность, чаще отмечаются у пациентов с хроническим суицидальным поведением, по сравнению с пациентами с однократными попытками.

2. Пациенты с хроническим суицидальным поведением имеют более высокие показатели уровня тревоги, депрессии и суицидальной готовности, чем пациенты с первичной попыткой суицида.

3. Пациенты с хроническим суицидальным поведением имеют более выраженные дезадаптивные личностные черты в виде нарциссизма, перфекционизма и пограничных черт личности, чем пациенты с первичной попыткой суицида.

4. Пациенты с хроническим суицидальным поведением чаще прибегают к непродуктивным когнитивно-поведенческим стратегиям совладания со стрессом, чем пациенты с первичной попыткой суицида.

5. У пациентов с хроническим суицидальным поведением более выражены трудности в межличностном взаимодействии, по сравнению с пациентами с однократными попытками.

Теоретико-методологическая основа исследования

Основой для систематизации полученных данных является многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 1998; Холмогорова А.Б., 2011; Холмогорова А.Б., Воликова С.В., 2012). Предлагаемая модель включает в себя комплексное рассмотрение различных факторов путем объединения их в блоки разного уровня – социодемографического или макросоциального (пол, возраст, образование, место проживания, социальное положение, религиозность, трудовая занятость, доступность психологической помощи), а также три блока собственно психологических факторов: семейного, личностного и интерперсонального. В качестве личностных и когнитивно-поведенческих факторов хронического суицидального поведения рассматриваются различные дисфункциональные личностные черты, а также дезадаптивные стратегии мышления и поведения, а в качестве семейных и интерперсональных факторов – различные дисфункции в отношениях с людьми как внутри семейной системы, так и вне ее. Также планируется учитывать такие факторы, как клинический диагноз и выраженность психопатологической симптоматики в виде симптомов депрессии и тревоги. На основе многофакторной модели суицидального поведения разработаны рекомендации для оказания комплексной психологической помощи пациентам с суицидальным поведением с целью раннего вмешательства сразу после совершения суицидальной попытки и профилактики последующих.

Методы исследования

Для оценки социодемографических характеристик или макросоциальных факторов (пол, возраст, образование, социальное положение, религиозность, доступность помощи) использовались:

1. Анкетирование;
2. Анализ историй болезни (анамнез, диагнозы).

Для исследования клинико-психологических факторов в виде преобладающих диагнозов и выраженности симптомов психических расстройств, дисфункциональных личностных черт, деструктивного когнитивного и поведенческого стиля, а также дисфункций в интерперсональных отношениях использовались следующие блоки методик.

Для оценки роли клинических факторов в виде симптомов депрессии и тревоги использовались:

1. Ретроспективный анализ историй болезни (диагнозы);
2. Шкала депрессии (Beck A.T. et al., 1961; адаптация Тарабриной Н.В., 2001);
3. Шкала тревоги (Beck A.T. et al., 1988; адаптация Тарабриной Н.В., 2001).

Для оценки выраженности дисфункциональных личностных черт как факторов хронификации суицидального поведения использовались:

1. Шкала гиперсензитивного нарциссизма (Hendin Н.М., Cheek J.M., 1997, методика находится в процессе валидизации);
2. Трехфакторный опросник перфекционизма (Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю., 2018);
3. Опросник дисфункциональных убеждений при ПРЛ RBQ-BPD (Beck A.T., Beck J.S., 1991; адаптация Кониной М.А., Холмогоровой А.Б., 2016).

Для оценки выраженности деструктивных когнитивного стиля и стратегий совладания как факторов хронификации суицидального поведения использовались:

1. Шкала Алекситимии (Toronto Alexithymia Scale, или TAS-20, – Taylor G.J. et al., 1985; адаптация Старостиной Е.Г. с соавторами, 2010);
2. Опросник COPE (Carver C.S. et al., 1989; адаптация Гаранян Н.Г., Иванова П.А., 2010);
3. Шкала Руминаций (Treynor W., Gonzalez R., Nolen-Hoeksema S., 2003; адаптация Пуговкиной О.Д. с соавторами, 2021).

Для оценки выраженности дисфункций в интерперсональных отношениях как факторов хронификации суицидального поведения использовались:

1. Шкала Одиночества (Russell D., Pepla L.A., Cutrona C.E., 1980);
2. Тест Эмпатии (Davis M.H., 1983; адаптация Карягиной Т.Д., Кухтовой Н.В., 2016).

Статистические методы

Статистический анализ данных проводился с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 27.0. Для анализа различий между выборками с первичной и повторной суицидальными попытками по социодемографическим показателям были использованы критерии хи-квадрат Пирсона для таблиц 2хn, а также точный критерий Фишера и хи-квадрат с поправкой на непрерывность для таблиц 2х2. Для исследования различий между выборками с первичной и повторной суицидальными попытками по психологическим факторам (личностным, когнитивно-поведенческим и интерперсональным) был использован критерий Шапиро – Уилка для исследования нормальности распределений, а также непараметрический критерий Манна – Уитни для исследования значимости различий. Также были вычислены меры центральной тенденции (медианы) и квартили для каждого количественного параметра.

Организация исследования

Исследование проводилось в 2019–2023 гг. на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы».

Набор участников ($N = 119$) начинался при поступлении в стационар закрытого типа в отделения острых отравлений и соматопсихиатрических

расстройств. Обследование проводилось на 2–3 сутки после поступления, в течение 2–3 сеансов длительностью 45–60 минут. *На первом сеансе* с пациентами, давшими информированное согласие на участие, проводился сбор клинического анамнеза и биографии пациента. Здесь учитывались результаты сбора анамнестических данных врачом-психиатром, обратная связь от среднего медицинского персонала и врачей-хирургов. Далее заинтересованным пациентам предлагалось заполнить набор тестов и методик. *На втором сеансе* пациентам давалась обратная связь, предоставлялась информация о специалистах и организациях, куда они могут обратиться после выписки из стационара. Заинтересованным пациентам проводились последующие сеансы по запросу с использованием методов когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) и диалект-бихевиоральной терапии (ДБТ) (составлялся кризисный план, проводилось обучение навыкам перенесения дистресса).

Эмпирическая база исследования

Основная группа (пациенты, совершившие повторные попытки суицида) – 59 человек, которые находились на лечении в токсикологическом и соматопсихиатрическом отделениях для хирургических больных ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», из них 43 женщины (73 %) и 16 мужчин (27 %). Все пациенты без интеллектуальных нарушений. Подавляющее большинство пациентов находилось в активном трудоспособном возрасте от 18 до 45 лет (92 % от общей выборки), однако больше половины из них не были трудоустроены: 36 человек (59 %). Холосты или никогда не состояли в браке 42 человека (71 %). В алкогольном опьянении при совершении суицидальной попытки находился 41 пациент (69 %). Большинство пациентов (83 %) не имели высшего образования: 17 человек – среднее образование; 25 человек – средне-специальное; 7 человек имели неоконченное высшее образование.

Группа сравнения (пациенты, совершившие первичную попытку суицида) – 60 человек, которые находились на лечении в токсикологическом и

соматопсихиатрических отделениях для хирургических больных ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», из них 34 женщины (57 %) и 26 мужчин (43 %). Все пациенты без интеллектуальных нарушений. Подавляющее большинство пациентов находилось в активном трудоспособном возрасте от 18 до 45 лет (91 % от общей выборки), однако больше половины из них не были трудоустроены: 36 человек (60 %). Значительное большинство были разведены или никогда не состояли в браке – 46 пациентов (76 %) и не имели высшего образования (70 %): 11 человек – среднее образование; 21 человек – средне-специальное; 10 человек имели неоконченное высшее образование. Также большинство пациентов при совершении суицидальной попытки находилось в алкогольном опьянении: 41 пациент (68 %).

Научная новизна

Впервые проведено комплексное исследование макросоциальных, клинических и различных психологических факторов хронического суицидального поведения (личностные, когнитивно-поведенческие, интерперсональные). В имеющихся исследованиях хронического суицидального поведения эти факторы изучались изолированно.

Впервые установлены различия данных факторов у пациентов с первичными суицидальными попытками и хроническим суицидальным поведением. Разработаны мишени психологической помощи для данной категории пациентов с целью снижения риска хронификации суицидального поведения.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Теоретическая значимость исследования состоит в систематизации имеющихся теоретических подходов и эмпирических данных, а также комплексном исследовании различных факторов хронификации суицидального поведения.

Практическая значимость исследования состоит в выделении системы мишеней психологической помощи и профилактики хронического суицидального поведения на основе комплексного изучения его социодемографических характеристик, клинических и психологических факторов.

Результаты исследования используются в образовательном процессе при проведении курсов «Личностные расстройства» и «Теории личности в клинической психологии», а также при подготовке курсовых, дипломных работ и магистерских диссертаций студентов факультета Консультативной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Московский государственный психолого-педагогический университет».

Результаты исследования внедрены в практику работы психологической службы ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», используются для дифференциально-диагностических психологических обследований и для психотерапевтической, психологической помощи пациентам после первичных и повторных попыток суицида с целью профилактики хронификации суицидального поведения.

Достоверность и обоснованность результатов исследования

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечиваются теоретическим анализом данных мировой научной литературы по суицидальной проблематике, необходимым объемом выборки, наличием группы сравнения, методическим комплексом, отвечающим целям и задачам работы, подобранным в соответствии с характеристиками выборки и задачами исследования, современными методами статистической обработки данных.

Личный вклад автора

Личный вклад автора состоит в разработке дизайна исследования на основе предварительного анализа русскоязычной, иностранной литературы и на основе полученных данных пилотажного исследования, в подготовке стимульного

материала. Эмпирический материал собран лично автором, автор самостоятельно проводила обследование пациентов, беседу с родственниками и медицинским персоналом, анализ имеющейся архивной документации, математическую обработку данных. На основании анализа полученных результатов были сделаны выводы, определены мишени психологической помощи пациентам, совершившим первичную и повторные суицидальные попытки, и даны практические рекомендации по использованию научных разработок и материалов диссертации в психологической практике.

Апробация результатов исследования

Материалы диссертации и результаты исследования представлены в 7 публикациях, в том числе в рецензируемых научных изданиях из перечня, утвержденного Минобрнауки Российской Федерации, – 7 публикаций; в изданиях, индексируемых в наукометрических базах данных Web of Science и Scopus, – 6 публикаций.

Материалы диссертационного исследования обсуждались на научно-практической конференции молодых специалистов медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы «Актуальные вопросы неотложной медицины» (2020 г.); на ежегодной VII научно-практической конференции «Суицидология: актуальные проблемы, вызовы и современные решения» (2022 г.); на научно-практической конференции с международным участием «Юбилейные Лужниковские чтения. Этапы и перспективы развития клинической токсикологии» (2020 г., 2023 г.); на ежегодной VIII научно-практической конференции «Суицидология: актуальные проблемы, вызовы и современные решения» (2023 г.). Основные идеи и научные результаты отражены в 4 публикациях.

Структура и объем диссертации

Исследование представлено на русском и английском языках в двух томах соответственно. Русский вариант текста представлен на 142 страницах

машинописного текста. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы (237 наименований), включающего 99 отечественных и 138 зарубежных источников, и списка иллюстративного материала. Работа содержит 16 таблиц и 2 рисунка.

Основные научные результаты

1. Особенности лечения пациентов, совершивших суицидальные действия на фоне гемоконтактных вирусных инфекций – см. работу (Зубарева О.В., Черная М.И., 2015) (личный вклад составляет не менее 50 %).

2. Социальные, психологические и клинические аспекты суицидального поведения алкозависимых и наркозависимых лиц с незавершенными попытками самоубийства – см. работу (Журавлева Т.В., Ениколопов С.Н., Черная М.И. и др., 2015) (личный вклад составляет не менее 35 %).

3. Клинические и социально-психологические характеристики лиц, совершивших повторные суицидальные попытки – см. работу (Чёрная М.И., Холмогорова А.Б., Зубарева О.В. и др., 2016) (личный вклад составляет не менее 90 %).

4. Сравнение выраженности дезадаптивных личностных черт и психопатологической симптоматики у пациентов с первичными и с повторными суицидальными попытками – см. работу (Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Корх М.П. и др., 2020) (личный вклад составляет не менее 70 %).

5. Клинико-психологические особенности пациентов, совершивших суицидальную попытку путем самоотравления гипотензивными и антиаритмическими препаратами – см. работу (Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д., Суботич М.И. и др., 2022) (личный вклад составляет не менее 50 %).

6. Обзор исследований клинических, психологических и социодемографических факторов суицидального поведения и риска его

хронификации – см. работу (Суботич М.И., 2023) (все выполнено лично автором диссертации).

7. Сравнение когнитивных и поведенческих стратегий совладания со стрессом у пациентов с первичными суицидальными попытками и хроническим суицидальным поведением – см. работу (Суботич М.И., Холмогорова А.Б., 2023) (личный вклад составляет не менее 90 %).

Положения, выносимые на защиту

1. У пациентов с хроническим суицидальным поведением, по сравнению с пациентами с однократными попытками, чаще встречаются диагнозы личностных расстройств и более тяжелые формы депрессивных расстройств, а также более выражена депрессивная и тревожная симптоматика. Они чаще проживают одиноко и имеют более низкий уровень образования, чем пациенты с первичной попыткой суицида.

2. У пациентов с хроническим суицидальным поведением, по сравнению с пациентами с однократными попытками, более выражены дезадаптивные личностные черты: недоверие к людям, импульсивность и низкий уровень автономии, социально предписываемый перфекционизм и гиперсензитивный нарциссизм.

3. У пациентов с хроническим суицидальным поведением, по сравнению с пациентами с однократными попытками, более выражены трудности распознавания чувств, склонность к фиксации на прошлых ошибках и неудачах, а также деструктивные стратегии совладания со стрессом в форме руминативного мышления и избегания активных способов решения проблем.

4. У пациентов с хроническим суицидальным поведением, по сравнению с пациентами с однократными попытками, в контактах с другими людьми сильнее выражен эмпатический дистресс и хуже развиты зрелые формы эмоциональной саморегуляции. Для них также более характерны переживания одиночества и изоляции от других людей.

5. Основными мишенями психологической профилактики хронификации суицидального поведения являются преодоление социально предписываемого перфекционизма и нарциссизма в форме фиксации на собственном несовершенстве, преодоление направленности на избегание проблем и развитие конструктивных когнитивных и поведенческих стратегий совладания со стрессом, развитие эмоциональной саморегуляции и способности к пониманию эмоциональных состояний других людей и развитию социальных связей.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ

1.1. Первые теоретические модели суицидального поведения

Самоубийство является сложным понятием, включающим в себя культуральные, этнические, моральные, исторические аспекты. Понятие самоубийства и отношение к нему изменялись в разные исторические эпохи и в каждой культуре имели свои особенности.

Проблема самоубийства беспокоила и интересовала множество философов, точки зрения которых представлены и проанализированы в целом ряде работ современных авторов (например, Аванесов С.С., 2013; Шопенгауэр А., 2020). Существует много споров вокруг добровольного преднамеренного ухода из жизни человека. В древние времена альтруистичный суицид и самопожертвование поощрялись, похожее отношение к суициду во имя государства и благих целей прослеживалось у греческих философов и у викингов в Средневековье. Философы-стоики размышляли о суициде как свободном праве каждого из индивидуумов. Однако Платон и Сократ рассматривали человека во взаимодействии с обществом, задаваясь вопросом, насколько выгодно будет обществу самоубийство его членов, и порицали суицид. С приходом христианства самоубийство стало резко отрицательным поступком, идущим вразрез с намерениями и устоями Бога (Лященко М.Н., 2013). Вопрос возможности добровольного ухода из жизни человека до сих пор является причиной многих споров. Например, в наше время в ряде стран разрешен ассистированный суицид (Assisted Suicide) – закон, позволяющий пациентам с неизлечимыми заболеваниями покончить с собой при помощи врача. Так, например, в средствах массовой информации США говорится о принятии демократических законов, а именно – о праве выбора умереть (Claire A., Velasquez M., 2015). Правительство разрешает эвтаназию любому человеку старше 18 лет, который неизлечимо болен, и, по оценкам, ему осталось жить менее шести месяцев. Пациенты должны считаться компетентными для принятия решения и

должны добровольно обращаться за услугой. Великобритания, Швейцария, Испания, Германия, Голландия и другие европейские страны также легализовали эвтаназию для пациентов, имеющих неизлечимое заболевание и страдающих от невыносимой боли (Gamondi C. et al., 2022). Тем не менее, достаточно сложно определить, кто принимает решение и на основании чего, сколько человеку осталось жить. Данная процедура может быть опасной и для пациентов, которые не планировали эвтаназию. Например, доктор может по ошибке определить, что человеку осталось жить менее шести месяцев. Или, например, государству может быть выгодна эвтаназия за счет экономии денежных средств, которые расходуются на неизлечимо больного пациента.

Последователи, одобряющие эвтаназию, выделяют разницу между помощью в смерти и суицидом, говоря, что есть отличие в помощи умереть неизлечимо больному и помощи умереть нездоровому человеку. Ассистированный суицид позволяет неизлечимо больному человеку выбирать способ и время своей неминуемой смерти. Помощь в самоубийстве позволяет тому, кто не умирает, выбрать смерть вместо жизни (Mroz S. et al., 2021). С другой стороны, есть исследования, раскрывающие трудности регулирования процесса эвтаназии. В Швейцарии примерно 15 из 1000 смертей происходят в результате оказания помощи в самоубийстве (Borasio G.D. et al., 2019). Большинство из них происходит дома у пациента, при этом 9 % домашних смертей квалифицируются как самоубийства (Hurst S.A. et al., 2018). Еще одна проблема, которую выделяют современные исследователи, – трудность разделения в клинической практике понятий суицида и эвтаназии, а также переживания медицинского персонала, участвующего в ассистированном суициде. Само совершение акта эвтаназии оказывает негативные психологические последствия на медицинский персонал. Несмотря на то, что в некоторых странах врачи имеют право на психотерапию после усыпления пациента, часто медсестры берут выходной, когда знают, что планируется эвтаназия (Reiter-Theil S. et al., 2018; Gerson S.M. et al., 2019).

Таким образом, согласно философам-стоикам, в настоящее время при определенных условиях человеку дается право выбора об уходе из жизни. Однако,

разделить представления «эвтаназия» и «суицид» кажется невозможным. Человек, который неизлечимо болен, может страдать как от депрессии, так и от других психических расстройств, которые зачастую связаны с повышением суицидального риска. Стоит отметить, что полностью контролировать эвтаназию затруднительно, что может быть опасным инструментом в руках недобросовестных людей. Эвтаназия имеет негативное влияние и на сам медицинский персонал, многие врачи и медсестры страдают от личных последствий после данного акта. Следовательно, эвтаназия – это опасное и неприемлемое решение ухода из жизни.

Суицидальное поведение в «донаучном» периоде рассматривалось с точки зрения религии, морально-этических и правовых взглядов. В дальнейшем стала вводиться типология суицидов и были рассмотрены причины данного поведения. Так, представитель французской социологической школы Эмиль Дюркгейм рассматривал феномен суицида в разных аспектах: социальном, морально-психологическом, религиозном, этническом. Он определял самоубийство как «каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах» (Дюркгейм Э., 1998). Э. Дюркгейм разделял самоубийство с конечным смертельным исходом и нет, «покушение на самоубийство – это вполне однородное действие, но только не доведенное до конца» (Дюркгейм Э., 1998). При рассмотрении суицида он выделял суицид вследствие «сумасшествия» или психопатологии, при которой человек мог страдать галлюцинациями и бредом, а также выделял суицид у людей, не страдающих душевными болезнями, указывая на внешние, социальные факторы при их трактовке. Он также ввел типологию самоубийств:

– **Эгоистическое.** Для него характерно состояние угнетенности и апатии, обусловленное преувеличенной индивидуализацией. Наблюдается чаще в среде интеллигенции, в сфере умственного труда. Индивидуум не дорожит больше своей жизнью, потому что он перестает достаточно ценить единственного посредника,

соединяющего его с реальностью, каким является общество. Э. Дюркгейм отмечал, что данный вид самоубийства развит чаще во времени расцвета общества;

– **Альтруистичное.** Оно связано с подчиненностью индивидуума группе. Дюркгейм рассматривал, что данный вид самоубийства «является здесь, так сказать, необходимым актом коллективной дисциплины. Существует тесная связь между практикой самоубийства и нравственным укладом общества». Если в среде развито обезличивание, как, например, военный дух, поощряющее отречение личности от самой себя, то это «неизбежно открывает дорогу самоубийству»;

– **Аномичное.** Данный тип наблюдается чаще в мире торговли и промышленности. Оно характеризуется отчужденностью, недостаточной близостью общества к индивиду, учащается во время общественно-экономических кризисов и возникает вследствие трудностей адаптации человека к изменениям.

Следовательно, эгоистическое самоубийство проистекает от того, что люди не видят смысла в жизни; альтруистическое вызывается тем, что индивид видит смысл жизни вне ее самой; аномичное самоубийство определяется беспорядочной, неурегулированной человеческой деятельностью и сопутствующими ей страданиями (Дюркгейм Э., 1998).

В дальнейшем тема суицида стала рассматриваться не только с точки зрения социологии, философии и политики, но и с точки зрения психиатрии. З. Фрейд рассматривал суицид через призму теории о двух движущих силах в человеке: Эроса – инстинкта жизни и Танатоса – инстинкта смерти. К 1910 году он выделил ряд важных клинических особенностей: 1) чувство вины за пожелания смерти другим людям, особенно родителям; 2) отождествление с суицидальным родителем; 3) утрата либидинозного удовлетворения, точнее отказ от принятия утраты либидинозного удовлетворения; 4) акт мести, особенно за утрату удовлетворения; 5) бегство от унижения; 6) сообщение, крик о помощи; и, наконец, 7) Фрейд признал наличие тесной связи между смертью и сексуальностью.

Фрейд выделял необходимые для суицида условия: во-первых, совершая данный акт, человек одновременно убивает объект, с которым идентифицировался, и, во-вторых, он обращает на себя желание смерти, направленное другому.

Самоубийство объяснялось наличием нарциссической идентификации с потерянным и амбивалентно любимым и ненавидимым объектом (Султанов А.Б., Кажимова К.Р., 2022).

К. Хорни и Г. Салливан, представители социального психоанализа, искали причины суицидального поведения в отношениях, макро- и микросоциуме.

К. Хорни рассматривала структуру личности, делая акцент на детские переживания и среду, которая окружает ребенка. Именно окружение она выделяла как важный фактор формирования неврозов. Взаимоотношения ребенка со значимыми взрослыми вносят важный вклад в то, как потом ребенок будет воспринимать мир. Например, если родители вели себя ненадежно, то внешний мир может восприниматься как тревожный и угрожающий, возникает чувство «базисной тревоги». Враждебность по отношению к миру может направляться индивидом против самого себя. Формируются такие внутренние личностные представления о себе и мире, как чувство неполноценности, несоответствия окружающим, что приводит к суицидальным действиям (Хорни К., 2008).

Г.С. Салливан, автор межличностной теории в психиатрии, рассматривал личность с точки зрения взаимодействий, характеризующих жизнь человека. В отличие от Фрейда, он говорил, что потребность в межличностных отношениях так же важна, как биологические потребности. К биологическим потребностям Салливан относил потребность в ласке и нежности, а потребность в безопасности связывал с межличностными коммуникациями и называл «человеческой». Автор выделял такие переживания, как тревога и одиночество, а психические заболевания, по мнению автора, обусловлены неадекватными межличностными взаимоотношениями со значимыми для человека людьми. Самооценка человека также возникает из отношения к нему других людей. Если отношение окружающих обеспечивает человеку безопасность, у него формируется образ «Хорошее Я», если отношение окружающих порождает тревогу – «Плохое Я». Последнее является источником душевного дискомфорта и при длительном существовании переходит в образ «не – Я», что, в свою очередь, приводит к возникновению аутоагрессивного поведения как единственного способа прекращения страданий (Салливан Г.С., 1999; Морев М.В. и др., 2012).

В рамках экзистенциального направления проблема суицида рассматривалась как отсутствие смысла и ценности в жизни.

Основоположник и классик логотерапии Виктор Франкл (1905–1998 гг.), имея опыт работы с суицидальными пациентами, определял риск суицидального поведения, опираясь на то, видит ли пациент смысл в жизни. Он также создал опросник для пациентов, выписывающихся из отделения, чтобы определить их суицидальный риск. Если пациент давал односложные ответы на вопрос о том, ради чего он хочет жить, а не развернуто приводил конкретные причины, это могло ставить под сомнение его выздоровление. Виктор Франкл рассуждал, что «самоубийство никогда не может быть оправданным», потому что из любой ситуации можно найти выход. Самоубийство, наоборот, ухудшает ситуацию, оно не решает проблему и не дает возможности справиться с проблемой. Усталость от жизни он определял как некое чувство и предлагал опираться не на чувства, а на факты и аргументы. В. Франкл выделял потерю смысла жизни как важный предиктор суицида, говоря, что таким пациентам необходима помощь в поиске цели и задачи жизни. Он приводил в пример цитату Ницше: «Кто знает, почему ему следует жить, тот вынесет почти любое как», говоря, что невозможно уберечь всех пациентов от кризисов, лишений и стрессов, но можно помочь им находить цель и развиваться духовно наперекор жизненным трудностям (Франкл В., 1999).

Р. Мэй также полагал, что к самоубийству может привести отсутствие смысла жизни, когда пациенты перестают видеть и находить ценность своего существования. Потеря собственного Я, переживание чувства одиночества и презрение к жизни способствуют идеализации смерти и суицидальным намерениям (Мэй Р., 2001).

Становление суицида как предмета научного исследования – суицидологии – произошло благодаря основателю Американской ассоциации суицидологии Эдвину Шнейдману в 1968 году. Автор впервые столкнулся с этой проблемой, найдя в архиве предсмертные записки самоубийц. Увлеченный идеей сравнить данные записки с аналогичными поддельными записками, составленными людьми без суицидальных тенденций, Э. Шнейдман начал свою работу в области суицидологии. В дальнейшем автор предлагает создать журнал под названием

«Бюллетень суицидологии». Он считал важным сосредоточиться именно на психологических аспектах суицида, а не только на изучении социодемографических и физических факторов. Он выделял основной причиной самоубийства наличие всеобъемлющей, нестерпимой душевной боли. Причиной душевной боли он считал неудовлетворенные психические потребности. Основными эмоциями при суициде называл беспомощность и безнадежность, а внутренним отношением пациента к самоубийству – амбивалентность (с одной стороны – желание смерти, с другой – надежда, что кто-то заметит страдания и поможет). Он также выделил такое важное понятие, характеризующее попытку суицида, как бегство (эгрессия): «Эгрессией называется преднамеренное стремление человека удалиться из зоны бедствия или места, где он пережил несчастье» (Шнейдман Э., 2001). Он предлагал рассматривать суицид как «восприятие безумной психической боли и нежелание (невозможность) ее выносить» и как наличие «летальности» – рассуждений о том, что можно навсегда эту боль прекратить, избавиться от нее. В 1986 году он представил свою «кубическую» модель суицида, в которой указал три грани куба: «Боль (Pain) – Смятение (Perturbation), создаваемое одновременно сужением сознания и побуждением к действию – Давление (Press)». Чтобы помочь пациенту с суицидальными намерениями, Э. Шнейдман полагал необходимым внесение изменений хотя бы в одну из граней куба: уменьшить душевную боль, смятение или ослабить давление от окружения.

Э. Шнейдман один из первых начал изучать предикторы суицида, называя их предвестниками самоубийства. «Предвестники представляют собой доступные для наблюдения явления, предвещающие (и, в каком-то смысле, предсказывающие) интересующее нас событие». Он разделял предвестников на два типа: вербальные (словесные) и поведенческие. Вербальные предвестники – это высказывания человека о желании уйти из жизни, намеки. Автор утверждал, что самоубийцы часто подают сигналы о том, что покончат с собой, что нередко может игнорироваться или не браться во внимание родственниками и близкими. Он подчеркивает, что если врачу или родственнику не понятны или кажутся

странными высказывания пациента, есть подозрение, что он имеет в виду суицид, то наилучшим выходом будет напрямую спросить пациента: «Не про самоубийство ли Вы говорите?»

Второй тип предвестников похож на поведение человека, который прощается или собирается уехать надолго. Пациенты могут начать возвращать вещи, долги, писать прощальные письма и т.д. В 1950-х годах Э. Шнейдман с коллегами провели исследование и выяснили, что 90 % лиц, предпринявших попытку суицида, демонстрировали словесные или поведенческие предвестники самоубийства в течение последней недели жизни (Шнейдман Э., 2001). Таким образом, оказалось, что предвестники сопровождают абсолютное большинство суицидов.

Суицидология как научная дисциплина в России стала развиваться с середины XX в. Исследования суицидального поведения как биопсихосоциального феномена стали научно доказательным обоснованием оригинальной концепции суицидогенеза А.Г. Амбрумовой (Любов Е.Б. и др., 2017). Автор ввела понятие «суицидальное поведение» и рассматривала его не только как индивидуальный поведенческий акт, но и учитывала его взаимосвязь с социумом. Основопологающей предпосылкой суицидального поведения выступает социально-психологическая дезадаптация личности в условиях микросоциального конфликта (Чистопольская К.А. и др., 2013). Разрыв с привычным социальным окружением или недостаточная связь могут провоцировать переживание одиночества, что также отмечалось многими авторами как важный предиктор суицида (Амбрумова А.Г., 1981). Суицидальное поведение рассматривалось как реакция «избегания». Таким образом, автор выделял суицид как следствие переживания разрыва и потерю значимых близких; суицид как реакцию на конфликт с социальным окружением; как избегание душевных переживаний и тяжелых эмоций; и как размышление о смысле жизни. А.Г. Амбрумова выделяла типы реакций у суицидальных пациентов (Амбрумова А.Г., 1996):

- Эмоциональный дисбаланс (наличие негативных аффектов);
- Пессимизм («все плохо», «ситуация не имеет выхода», «в будущем нет ничего хорошего»);

- Отрицательный баланс (рациональное сверхкритичное «подведение жизненных итогов»);
- Демобилизация (отказ от контактов и деятельности из-за чувства одиночества и отверженности);
- Оппозиция (агрессивная позиция с обвинениями в адрес окружающих, переходящая в аутоагрессивную, чаще демонстративную);
- Дезорганизация (состояние тревоги с выраженными соматовегетативными нарушениями).

Таким образом, понимание суицида изменялось в течение времени, сначала суицид рассматривался с точки зрения философии, права и морали, в период завоеваний альтруистичный суицид одобрялся вождями, далее суицид рассматривался как право индивида на смерть, одобрялась свобода выбора. В то же время с экономической точки зрения суицид был не выгоден обществу, что способствовало отрицательному отношению к добровольному уходу из жизни. Впоследствии суицид стал рассматриваться с социологической, медицинской и психиатрической точек зрения, были исследованы статистические данные о поле, возрасте, расовой принадлежности у лиц, совершивших суицид. Также психиатры писали о наличии психического расстройства у многих суицидентов. В 1968 году сообщалось, что самоубийства занимают третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний как причина смерти людей в возрасте между 15 и 45 годами (Шелехов И.Л. и др., 2011), что послужило дальнейшему становлению суицидологии как науки в середине XX века. Стали появляться различные модели, типы, предикторы суицидального поведения, рассматриваться риски суицидального поведения и повторных суицидальных попыток.

1.2. Современные модели суицидального поведения и его хронификации

Существует множество исследований, доказывающих, что сами по себе суицидальные попытки являются важным предиктором повторных суицидов. Суицидальное поведение является сложным феноменом, включающим

суицидальные мысли, намерения и действия, причем далеко не всегда эти действия приводят к смерти и нередко переходят в хроническое суицидальное поведение. Среди суицидентов повторные попытки самоубийства предпринимают от 20 % до 60 % человек с временным интервалом до трех лет (Лапицкий М.А. и др., 2004). Каждый второй пытавшийся покончить с собой в течение года повторяет свою попытку, а каждый третий совершал суицидальную попытку в прошлом (Старшенбаум Г.В., 2005).

Для рассмотрения современных моделей важно определить попытку суицида как несмертельное, направленное на себя, потенциально вредное поведение с намерением умереть в результате такого поведения, даже если это поведение не приводит к травме; суицидальные мысли – размышления, обдумывание или планирование самоубийства (Klonsky E.D. et al., 2016). В настоящее время существуют такие определения, как «парасуицид», «самоповреждающее поведение», или «self-harm», определяющееся как попытка повреждения тела без суицидальных намерений (Польская Н.А., 2014; Польская Н.А., Власова Н.В., 2015). Многие авторы придерживаются мнения, что трудно и порой невозможно четко разделить в клинической практике понятия «самоповреждающее» и «суицидальное» поведение. На пике эмоциональных переживаний у пациентов обеих категорий могут возникать суицидальные мысли и намерения, у всех пациентов самоповреждения могут в итоге приводить к смерти, обе формы суицидального поведения могут существовать одновременно и чередоваться у пациентов (Давидовский С.В., Игумнов С.А., 2020). Также есть данные, что самоповреждающее поведение пациентов с ПРЛ (без намерения умереть) не всегда безобидно. Процент завершенных самоубийств среди людей с пограничным расстройством может варьироваться, но в среднем составляет около 9 % (Barrash J. et al., 1983; Paris J. et al., 1987; Stone M., 2016; Soderholm J.J. et al., 2020).

Когнитивно-бихевиоральная модель суицидального поведения А.Т. Бека. А.Т. Бек изначально рассматривал депрессию как результат искажения когнитивных процессов, выделяя когнитивную триаду. Когнитивная триада складывается из негативного взгляда на мир, негативного представления о самом

себе и негативного представления о будущем. Чувство безнадежности и пессимизма может возникать в связи с постоянным ожиданием неблагоприятного исхода и убежденностью в поражении (Beck A.T. et al., 1993). Именно переживание чувства безнадежности, негативное отношение к будущему и сниженная способность к прогнозированию позитивных событий в будущем выделяются автором как важные факторы депрессии и суицидального поведения и являются мишенями КБТ в терапии суицидального поведения. Как пишет в своем труде А.Б. Холмогорова, в 1970–1980-е годы А.Т. Векс и его последователи активно работали над терапией депрессий (Холмогорова А.Б., 2013). Результативность КБТ депрессий в дальнейшем подтвердилась многими исследованиями. Однако терапия суицидальных пациентов была разработана только в 1990-х годах, когда исследователями было установлено, что суицидальное поведение не всегда является симптомом депрессии и может существовать самостоятельно. Причинами суицидального поведения стали рассматриваться так же повышенная возбудимость нервной системы, дезадаптивные стили совладания со стрессом, что может являться симптомами множества психических расстройств, в особенности, расстройств личности. При расстройствах личности попытки суицида часто могут повторяться в виде избегающего копинг-механизма и перерасти в хроническое суицидальное поведение. В 2003 году был разработан протокол когнитивной психотерапии для суицидальных пациентов, ключевыми мишенями работы были импульсивность, дефицит навыков решения проблем и перфекционизм (Холмогорова А.Б., 2016).

Диалект-бихевиоральная модель суицидального поведения М. Linehan. Позже М. Linehan на основе КБТ, техник майндфулнесс и диалектического подхода создала свое направление работы с пациентами с ПРЛ, где именно хроническое суицидальное поведение становится предметом исследований и разработки программ помощи – диалект-бихевиоральную терапию (ДБТ). ДБТ основана на биопсихосоциальной теории, где основная идея заключается в том, что ПРЛ является дисфункцией в системе эмоциональной регуляции. Эмоциональная дисрегуляция возникает в связи с биологическими (врожденными) факторами и

дисфункциональным окружением в связи с их взаимодействием и взаимным влиянием друг на друга. Именно инвалидирующее окружение препятствует развитию у ребенка эффективных способов эмоциональной регуляции и перенесению дистресса, доверию собственным эмоциональным реакциям и интерпретациям событий. Инвалидирующее окружение – окружение, в котором выражение человеком своих эмоций сталкивается с переменчивыми, неадекватными и обостренными реакциями. Чувства индивида не признаются, игнорируются или вслед за их выражением следует наказание. Инвалидирующее окружение имеет две особенности:

1. Индивиду дают понять, что он ошибается как в описании, так и в анализе своих собственных переживаний, особенно в представлениях о причинах своих эмоций, убеждений и действий;

2. Переживания приписываются социально неприемлемым характеристикам или чертам личности индивида.

В такого рода окружении высоко ценятся личные достижения, часто это касается эмоционального контроля и ограничения требований к окружению. Большое значение придается тому, чтобы быть счастливым, несмотря на трудности, верить в свою способность достичь любой цели и всегда иметь уверенность и «положительный настрой» в преодолении любых преград, что перекликается с чертами перфекционизма. Неспособность соответствовать этим ожиданиям ведет к порицанию и критике.

Следовательно, лица с ПРЛ опираются не на собственные эмоции, а на эмоции окружающих людей для интерпретации внешнего мира. В связи с этим могут формироваться недовольство собой, постановка недостижимых целей, самонаказания, повторные суицидальные попытки, как способ преодоления острых эмоциональных состояний в связи с отсутствием эффективных способов перенесения жизненных трудностей. Суицидальное поведение рассматривается М. Linehan как неадаптивное поведение, возникающее в виде ответной реакции на неконтролируемый и болезненный аффект. Так, например, многие пациенты рассказывают о чувстве облегчения после нанесения самопорезов или ожогов.

Суицидальное поведение также может быть способом получения помощи от окружения для «утоления» эмоциональной боли.

Таким образом, пациенты с хроническим суицидальным поведением – это пациенты, имеющие врожденную чувствительность и импульсивность, при этом не имеющие адаптивных способов совладания с трудными жизненными ситуациями, трудно переносящие дистресс и имеющие трудности в межличностных коммуникациях. Повторные попытки суицида, в свою очередь, являются дезадаптивным способом решения проблем, проявляются как возможность «убежать от жизненных ситуаций, которые кажутся невыносимыми и неразрешимыми» (Лайнен М., 2007).

Так как М. Linehan опирается на биопсихосоциальную модель, она учитывает взаимодействие множества факторов:

1. Биологические факторы (врожденная импульсивность, впечатлительность);
2. Демографические факторы (пол, расовая принадлежность и возраст);
3. Факторы окружающей среды, а именно инвалидирующее окружение и взаимосвязь индивида с окружением (социальное научение самоинвалидации, самонаказанию, самокритике в связи с тем, что значимые взрослые вели себя таким образом);
4. Психологические факторы (эмоциональная дисрегуляция, отсутствие навыков перенесения дистресса и трудности в межличностном взаимодействии) (Brown M.Z., 2006).

Модель суицидального поведения А. Spirito. Еще одна модель, которая была разработана в когнитивном подходе, – модель суицидального поведения у подростков А. Spirito. Она опирается на диатез-стрессовую модель и учитывает предрасположенность подростков к психопатологии, уделяя также внимание влиянию семейных отношений на развитие суицидальных мыслей и намерений у подростков. А. Spirito с коллегами говорил о дефиците способности человека изменять внешние (например, выражение лица) и внутренние (например, когнитивные функции) проявления эмоций. В своих исследованиях авторы

выявили взаимосвязь между отсутствием эмоциональной ясности (осознания и понимания эмоциональных переживаний, что влечет за собой эмоциональную дисрегуляцию) и дисфункциональной семейной коммуникацией (Павлова Т.С., Банников Г.С., 2013; López R.Jr. et al., 2022).

Опираясь на теорию М. Linehan (Linehan M.M., 1993), А. Spirito пишет, что некоторые люди биологически предрасположены к более интенсивным эмоциональным переживаниям и более чувствительны к эмоциональным сигналам в окружающей среде. Социальное (например, семейное) окружение, которое не сразу признает желания и/или потребности, о которых было сообщено, может с большей готовностью вызвать трудности с эмоциональной регуляцией у молодежи с такой повышенной чувствительностью. Если потребности подростка не учитываются, это может способствовать усилению эмоциональной эскалации. Сочетание сильных эмоциональных переживаний и отсутствие эмоциональной регуляции, стремление подавить свои эмоции могут приводить подростков к суицидальным попыткам, чтобы подавить эмоциональную боль. Выбор такой поведенческой стратегии, как суицидальные попытки для совладания с душевной болью, приводит к хронификации суицидального поведения молодежи и закрепляется в виде дисфункциональной поведенческой копинг-стратегии (Linehan M.M., Wilks C.R., 2015). Таким образом, нарушение регуляции аффективных процессов, когнитивные проблемы и поведенческие дисфункции приводят к первичным суицидальным попыткам и хронификации суицидального поведения молодежи (Spirito A. et al., 2011).

Интерперсональная теория суицидального поведения Т.Е. Joiner. После исследований Э. Шнейдмана и его последователей, опирающихся чаще на личностные переживания индивидуума при суицидальном поведении, интерперсональная теория Т.Е. Joiner была первой, которая стала рассматривать важность межличностных коммуникаций (Сыроквашина К.В., 2017). Стоит отметить, что данная модель суицида основывается на концепции «от мысли к действию», в дальнейшем эти концепции будут развивать в своих теориях такие авторы, как О'Connor и E.D. Klonsky, Т.Е. Joiner уделял внимание

фрустрированным межличностным потребностям: чувству брошенности и восприятию себя как обузы, а также приобретенной способности к суициду или бесстрашию перед смертью. При неудовлетворении базовых межличностных потребностей вырастает риск возникновения суицидальных намерений, то есть чувство брошенности и восприятие себя как обузы нередко были связаны с высокой частотой суицидальных идей (Меньшикова А.А. и др., 2016). В своей статье Т.Е. Joiner говорил, что суицидальное поведение вызвано одновременным присутствием двух межличностных конструкторов:

1. Отсутствие принадлежности к обществу и чувство бремени для окружающих (и безнадежности в связи с этими состояниями);

2. Приобретенная способность к суицидальному поведению, которая возникает в ответ на неоднократное воздействие физической или душевной боли.

Т.Е. Joiner выделил внушительный список факторов риска суицида и его хронификации: наличие психических расстройств, предыдущие попытки самоубийства, социальная изоляция, опыт насилия в детстве и нахождение в зоне военных действий, физические заболевания, импульсивность, повышенная возбудимость нервной системы, плохой сон, кошмары, серотонинергическая дисфункция. Можно сказать, что «приобретенная способность» является важным фактором риска именно хронификации суицидального поведения (Зубарева О.В., Черная М.И., 2015). При повторных попытках суицида может возрастать толерантность как к физическим болезненным ощущениям, снижаться страх смерти, так и нормализоваться само аутоагрессивное поведение (суицидальная попытка перестает восприниматься индивидуумом как нездоровое действие). Есть также множество исследований, показывающих, что люди, пережившие жестокое обращение в детстве, военные действия, бездомные и находящиеся в местах лишения свободы, подвергаются повышенному риску суицидального поведения и его хронификации. На Рисунке 1 представлена схема, сочетающая в себе различные факторы суицидального риска и приобретенной способности к суициду.

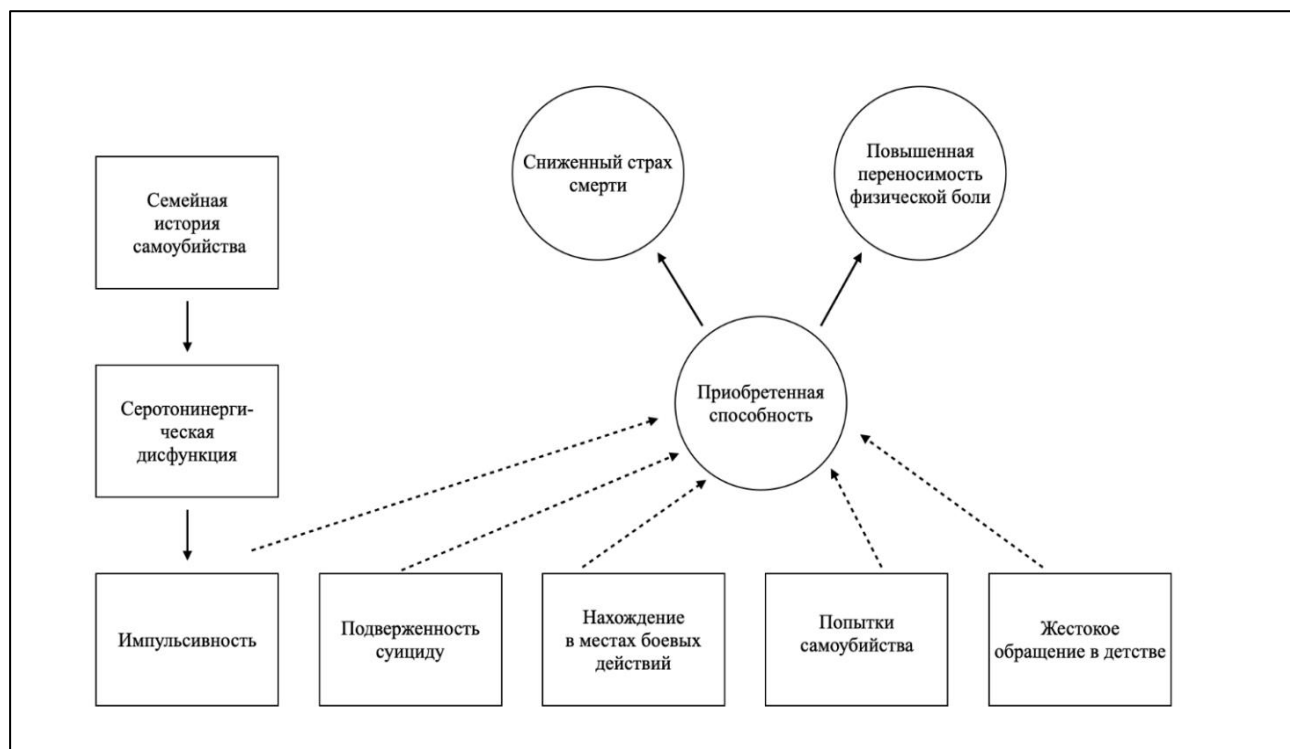


Рисунок 1 – Схема факторов суицидального риска и приобретенной способности к суициду

Т.Е. Joiner также описывает важность удовлетворения потребности принадлежать к группе, данная потребность может быть не удовлетворена как в связи с изоляцией и трудностями выстраивания коммуникации, так и в результате потери супруга или других значимых близких. Неудовлетворение данной потребности приводит к «прерванной принадлежности» (Belongingness), в связи с чем развивается желание смерти (суицидальные мысли и намерения). Прерванная принадлежность включает в себя два фактора: переживание чувства одиночества и отсутствие взаимной заботы. Предполагается, что потребность в принадлежности состоит из двух аспектов: «люди нуждаются в частых, эмоционально приятных или позитивных взаимодействиях с одними и теми же людьми, и им нужно, чтобы эти взаимодействия происходили в рамках долгосрочной, стабильной заботы и беспокойства» (Baumeister R.F. et al., 2002). По теории Т.Е. Joiner, в связи с современными конфликтами у подростков может формироваться такое понятие, как «восприятие себя как бремени» (Perceived Burdensomeness), что также является важным суицидальным фактором (Van Orden K.A. et al., 2010).

Интегративная мотивационно-волевая модель O'Connor. Интегративная мотивационно-волевая модель O'Connor отображает взаимосвязь между фоновыми факторами и триггерными событиями, развитием суицидальных мыслей/намерений, вплоть до суицидального поведения, и, как и А.Т. Бек, заостряет внимание на формировании чувства безнадежности, чувства ловушки и отчаяния, в связи с которыми суицид кажется наилучшим способом решения проблемы (O'Connor R.C., Kirtley O.J., 2018; O'Connor R.C., Portzky G., 2018). O'Connor выделяет важность когнитивных и биологических факторов уязвимости, которые становятся особенно пагубными при активации стрессом (O'Connor R.C. et al., 2012). Согласно модели суицидального поведения O'Connor, руминативное мышление играет важную роль в суицидальном поведении в сочетании с отсутствием или неразвитостью навыков конструктивного решения проблем (O'Connor R.C. et al., 2012; Dhingra K. et al., 2015). Интегративная мотивационно-волевая модель O'Connor включает в себя три фазы суицидального поведения: домотивационная, мотивационная и волевая, что отражает взаимосвязь между фоновыми факторами и триггерными событиями, «запускающими» суицидальные мысли и намерения, вплоть до суицидальной попытки в состоянии безнадежности и безвыходности – чувства «ловушки». Именно руминативное мышление в сочетании с неразвитыми навыками решения проблем является основным механизмом мотивационной фазы и важной мишенью профилактики суицидального поведения.

Премотивационная фаза характеризуется такими факторами, как детский опыт (например, депривация, уязвимость) и жизненные события (например, кризис отношений), то есть биопсихосоциальный контекст, в котором могут возникнуть суицидальные мысли и поведение.

Мотивационная фаза описывает те факторы, которые связаны с развитием суицидальных мыслей и намерений. Намерение, в свою очередь, определяется чувством «ловушки», когда суицидальное поведение рассматривается как единственное важное решение жизненных обстоятельств. Это ощущение попадания в «ловушку» вызывается переживаниями поражения/унижения, которые часто

связаны с хроническими или острыми стрессорами. Волевая фаза, с другой стороны, связана с поведенческой активацией, факторами, которые повышают вероятность того, что суицидальные попытки возникнут (O'Connor R.C., Portzky G., 2018). Таким образом, руминативное мышление в сочетании с дезадаптивными копинг-стратегиями может формировать ощущение «ловушки», а именно мотивационную фазу суицидального поведения, и приводить к его хронификации.

O'Connor с коллегами, исследуя разницу между подростками, совершающими суицидальные попытки, и подростками, имеющими суицидальные мысли, выявил, что по личностным переменным домотивационной и мотивационной фазы (то есть социально предписываемый перфекционизм, самооценка, навязчивые размышления и оптимизм) у данных подростков различий нет. А по переменным волевой фазы (то есть опыт членовредительства в семье, среди друзей и наличие импульсивности), а также переживанию жизненного стресса – различия есть. То есть подростки, попадающие в ситуацию стресса и не имеющие конструктивных копинг-стратегий, а имеющие, наоборот, пример неадаптивных способов совладания с трудностями (суицидальные попытки у ближайшего окружения), более склонны к суицидальному поведению, в отличие от подростков, имеющих конструктивные способы решения проблем. Хронификация суицидального поведения, следуя данной теории, происходит в связи с наличием импульсивности и опыта предыдущих попыток суицида и невозможностью получить адаптивные стили совладания со стрессом.

Трехступенчатая модель E.D. Klonsky. Трехступенчатая модель E.D. Klonsky, как и модель O'Connor и T.E. Joiner, опирается на схему «от идеи к действию». E.D. Klonsky с соавторами призывал разделять суицидальные мысли от суицидальных действий.

С этой точки зрения (а) развитие суицидальных мыслей и (б) переход от суицидальных мыслей к попыткам следует рассматривать как отдельные процессы с разными предикторами и объяснениями. Ключевыми конструктами трехступенчатой модели E.D. Klonsky являются боль и безнадежность, связанность и способность к самоубийству, см. Рисунок 2.

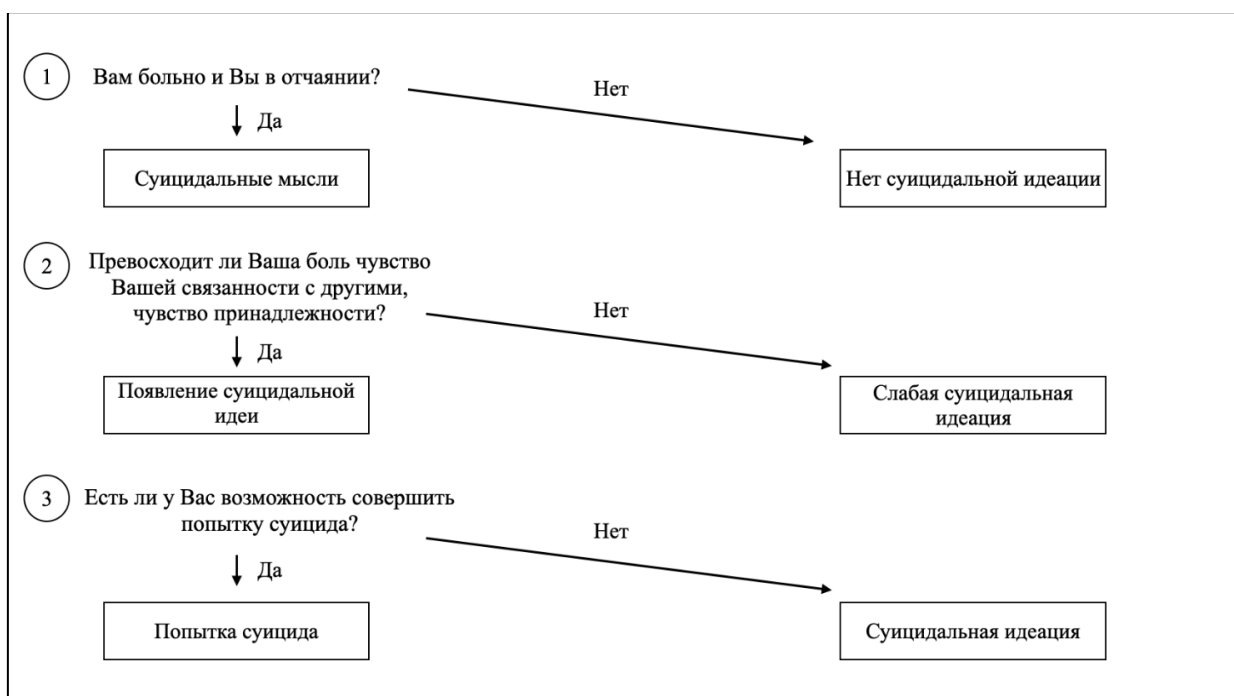


Рисунок 2 – Схема Трехступенчатой модели E.D. Klonsky

Шаг 1. Первый шаг к суицидальному мышлению начинается с душевной (психологической или эмоциональной) боли. По опыту предыдущих исследователей (Shneidman E.S., 1985), душевная боль может снизить желание жить.

Причинами душевной боли могут быть: физические страдания (Ratcliffe G.E. et al., 2008), социальная изоляция (Дюркгейм Э., 1998), обремененность и «прерванная принадлежность» (Thwarted Belongingness) (Joiner T.E., 2005), поражение и западня (O'Connor R.C. et al., 2011), негативное самовосприятие (Baumeister R.F., 1990), а также множество других неприятных мыслей, эмоций, ощущений и переживаний. Первый шаг к суицидальным мыслям начинается с боли, независимо от ее источника. Важным дополнением к душевной боли является чувство безнадежности, о котором впервые говорил А.Т. Вебб. Сама по себе боль не вызывает суицидальных мыслей (Hallensleben N. et al., 2019). Если кто-то, страдающий от боли, надеется, что его ситуация может улучшиться и что боль может быть уменьшена, человек будет стремиться достичь будущего с уменьшенной болью, а не думать о самоубийстве. По этой причине безысходность необходима и для развития суицидальных мыслей. Именно сочетание боли и безнадежности приводит к суицидальным мыслям.

Шаг 2. Суицидальная идеация. Вторым шагом к потенциально летальному суицидальному поведению происходит, когда боль превышает связанность. Термин «связанность» используется в широком смысле. Связанность может означать связь с другими людьми, а также с интересом, ролью, проектом или любимым чувством цели или смысла, которые удерживают человека в жизни. E.D. Klonsky с соавторами полагает, что человек, который испытывает боль и безнадежность и думает о самоубийстве, будет иметь слабую суицидальную идеацию (например: «Иногда я думаю, что лучше бы мне умереть»), если связь остается большей, чем боль. Однако суицидальное намерение становится сильнее (например: «Я бы убила себя, если бы у меня был шанс»), если боль подавляет любое чувство связанности. Автор приводит в пример родителя, который может испытывать боль и безнадежность, но при этом быть вовлеченным в жизнь своих детей и чувствовать связанность с ними. Если чувство связанности у родителя превышает его душевную боль, то, скорее всего, он по-прежнему будет иметь пассивные суицидальные идеи, но они не станут прогрессировать до активного желания самоубийства. Нарушенная связанность похожа на прерванную принадлежность (Thwarted Belongingness) и обремененность, как описано в межличностной теории Т.Е. Joiner, однако в межличностной теории считается, что принадлежность и обремененность напрямую вызывают суицидальные мысли (Joiner Т.Е., 2005; Forkmann Т. et al., 2020). В трехступенчатой суицидальной модели E.D. Klonsky основная роль связанности заключается в защите от эскалации суицидальных мыслей у тех, кто подвергается риску из-за психической боли и безнадежности.

Шаг 3. Переход от идей к попыткам. Большинство людей с идеями не предпринимают попыток самоубийства. Для того, чтобы суицидальная попытка была предпринята, важно, чтобы у человека была способность к суицидальным действиям. Опираясь на теорию Т.Е. Joiner, E.D. Klonsky заимствует важный фактор, способствующий переходу от суицидальных мыслей к действию (Joiner Т.Е., 2005). Люди могут пытаться покончить жизнь самоубийством только в том случае, если они развили способность преодолевать барьер инстинкта к

жизни. Теория Т.Е. Joiner подчеркивает, что суицидальная способность развивается и усиливается благодаря переживанию болезненных и провокационных событий, повышающих терпимость к боли, травмам и смерти. E.D. Klonsky с соавторами расширяет эту теорию, дополняя ее тремя категориями переменных, влияющих на суицидальную способность: диспозиционные, приобретенные и практические:

– Диспозиционные переменные относятся к врожденным способностям человека. Например, некоторые люди рождаются с более высокой или более низкой болевой чувствительностью (Young E.E. et al., 2011). Люди с более низкой болевой чувствительностью имеют более высокий риск совершить попытку самоубийства;

– Приобретенные переменные. Они относятся к привыканию к переживаниям, связанным с болью, травмами, страхом и смертью. Данные переживания могут со временем привести к более высокому риску самоубийства;

– Практические переменные. Это конкретные факторы, которые делают попытку суицида более доступной. Сюда относится наличие в доступности оружия, медикаментов и прочих смертоносных средств. Люди, имеющие более легкий доступ к смертоносным средствам, также имеют повышенный риск суицида.

Таким образом, диспозиционные, приобретенные и практические факторы вносят свой вклад в способность к попыткам самоубийства, и люди с выраженными суицидальными мыслями будут предпринимать попытки самоубийства только в том случае, если и когда они будут в состоянии сделать это. Хронификация суицидального поведения в данном случае также может происходить в связи с развивающейся «способностью к попыткам суицида», чем больше суицидальных попыток, тем быстрее человек привыкает к физической боли, и попытки суицида становятся некой нормой и выходом из ситуации.

Стоит отметить, что E.D. Klonsky не отвергал другие предикторы суицидального поведения, такие как наличие психического расстройства (например, депрессии), самокритика, личностные черты, темперамент, предрасположенности и переживания (например, межличностные потери).

Выводы по Главе 1

Таким образом, множество современных моделей рассматривают хронификацию суицидального поведения с точки зрения не просто набора факторов, а скорее как систему в движении, где изначально зарождаются суицидальные мысли, затем намерения (идеации) и конечная стадия – попытка суицида. Каждый автор выделяет свои ключевые составляющие, влияющие на развитие и формирование суицидального поведения. Однако практически все модели признают важность влияния биологической предрасположенности к суицидальному поведению, рассматривая ее с точки зрения повышенной возбудимости нервной системы, врожденной повышенной чувствительности, серотонинергической дисфункции. Еще одним фактором, на который обращают внимание многие авторы суицидальных моделей, является клинический фактор – наличие психических расстройств. Данный фактор не выделяют как решающий фактор для совершения суицидальных попыток, однако в зависимости от психического расстройства существуют различные способы суицидальных попыток. Так, например, при рекуррентной депрессии, шизофрении и биполярном аффективном расстройстве (БАР) суицидальные попытки имеют наибольшую вероятность летального исхода, как следствие – повторных суицидальных попыток при данных заболеваниях будет меньше (Щетинина Е.В. и др., 2024). При пограничном и других личностных расстройствах суицидальные попытки, наоборот, частые и имеют риск хронификации. Риск летальности при данных расстройствах ниже, чем при БАР, шизофрении и депрессии, однако выше, чем у тех пациентов, которые не имели суицида в анамнезе (Ramdurg S. et al., 2011).

К психологическим факторам, которые выделяют большинство авторов (Beck A.T. et al., 1993; Joiner T., 2005; Klonsky E.D. et al., 2018; O'Connor R.C., Portzky G., 2018), относятся:

– Прошлый опыт, история развития и взросления, наличие детских травм, взаимодействие в семье, переживание чувства одиночества, чувства «обузы». (Beck A.T., Freeman A.M., 1990; Лайнен М., 2007);

– Личностные черты, такие как перфекционизм, нарциссизм, способность доверять и выстраивать коммуникацию, длительные надежные отношения (Joiner T., 2005; Лайнен М., 2007; O'Connor R.C., Portzky G., 2018);

– Когнитивные факторы. Многие авторы пишут о трудностях эмоциональной регуляции, которые могут возникать в связи с алекситимией, трудностями в дифференциации чувств и выражении их другим людям. Таким людям более свойственны руминативное мышление, фиксация на своих переживаниях и сравнение себя с окружающими не в лучшую сторону (Лайнен М., 2007; Watkins E.R. et al., 2007; Klonsky E.D. et al., 2018).

Многие авторы обращают внимание на то, что при повторных попытках суицида хронификация суицидального поведения происходит за счет привыкания и нормализации данного способа решения проблем. Так, Klonsky называл это «приобретенными переменными» (привыкание к переживаниям, связанным с болью, травмами, страхом и смертью). O'Connor говорил о «волевой фазе», где у подростков есть опыт среди близких людей справляться с трудностями с помощью суицидальных попыток, что является ключевым отличием у лиц, совершающих попытки суицида и не совершающих. Joiner выделял «суицидальную способность», с помощью которой возрастают толерантность и терпимость к боли, травмам и смерти (Joiner T.E., 2005; O'Connor R.C. et al., 2012; Klonsky E.D. et al., 2018).

Следовательно, суицидальное поведение и риск его хронификации необходимо рассматривать как комплексный феномен, включающий множество факторов. Так, была разработана многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра, которая включает четыре блока: макросоциальные, семейные, личностные и интерперсональные факторы (Холмогорова А.Б. и др., 2010). Данная модель синтезирует наиболее весомые, теоретически и эмпирически обоснованные данные о факторах расстройств аффективного спектра и задает последовательность задач психотерапии, вытекающую из этих данных, то есть содержит примерный протокол или план работы психотерапевта с этими расстройствами, основанный на объективных научных данных.

Модель опирается на принцип составления индивидуальных маршрутов лечения, которые строятся на основе коррекции и конкретизации вышеупомянутого плана в зависимости от изначальной специфики проблем каждого конкретного пациента и хода терапии. Опираясь на многофакторную психосоциальную модель аффективного спектра, возможно систематизировать различные факторы хронификации суицидального поведения, описанные в современных моделях суицида. Были выделены социодемографические (пол, возраст, уровень образования, семейное положение), клинические (диагнозы, степень тяжести симптомов депрессии и тревоги, степень суицидальной готовности) и психологические (дезадаптивные личностные черты, дисфункциональный когнитивный стиль и трудности в интерпресональных отношениях) факторы хронификации суицидального поведения.

ГЛАВА 2. СОВРЕМЕННЫЕ ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЕГО ХРОНИФИКАЦИИ

2.1. Социодемографические характеристики пациентов с хроническим суицидальным поведением: обзор современных данных

Самоубийство и повторные суицидальные попытки являются проблемой общественного здравоохранения. Роль таких факторов риска, как социальное положение, пол, образование, страна проживания и особенности ее культуры, является важной в популяционных эпидемиологических исследованиях. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно 703 000 человек кончают жизнь самоубийством, а значительно большее число людей совершают попытки лишить себя жизни. Самоубийства совершаются людьми самых различных возрастных групп и в 2019 г. являлись четвертой по счету причиной смертности среди лиц в возрасте 15–29 лет во всем мире (ВОЗ, 2021). В 2019 г. более 77 % самоубийств в мире произошли в странах с низким и средним уровнем дохода (Al-Humairi A.K. et al., 2020). Каждая сотая смерть в мире – это результат самоубийства. На каждую смерть от суицида приходится в десять раз больше суицидальных попыток. Суицид имеет тяжелые последствия как для самого суицидента, так и для его окружения (Suicidality: Results of Recent Meta-Analyses, 2023). В мире 78 % всех завершенных самоубийств приходится на страны с низким и средним уровнем доходов. При самоубийствах, в сравнении с другими причинами смерти, наибольшая доля (37 %) суммарных потерь приходится на группу «молодежи и молодых взрослых» 20–29 лет, что составляет 27,5 % трудоспособного населения. Следовательно, суицидальное поведение является актуальной проблемой как с демографической, так и экономической точки зрения (Любов Е.Б. и др., 2012; Розанов В.А. и др., 2021).

Россия в 2010–2011 гг. вышла в первую пятерку мировых лидеров по количеству самоубийств. Всего с 1955 г. по 2003 г. в России покончили с собой 500 тысяч человек (Шелехов И.Л. и др., 2011). В 2020 г. в Российской Федерации

погибли от самоубийства 17 тыс. человек, по данным Федеральной службы государственной статистики, или около 50 жертв ежедневно. В настоящее время все больше показателей суицидального поведения у лиц молодого, работоспособного возраста (30–45 лет), второй возрастной промежуток, где высок риск суицида, – это пожилой возраст (85 лет и выше) (Любов Е.Б. и др., 2012; Положий Б.С., Любов Е.Б., 2022). В Европе было обнаружено, что самые высокие показатели были среди молодых людей в возрасте от 24 до 34 лет. Аналогичные данные получены в Египте, где большинство (48,0 %) суицидальных смертей было в возрасте от 20 до 39 лет. Другое исследование, проведенное в Египте, показывает, что большинство суицидальных попыток (81,8 %) было в возрасте 15–18 лет. Во Франции основной возрастной категорией, совершившей попытки суицида, был интервал от 15 до 24 лет. Данный сдвиг частоты самоубийств в сторону более молодых возрастных групп может быть следствием развития социальных сетей и сайтов с призывами к совершению суицидальных попыток, которые часто посещают лица молодого возраста (Benson R. et al., 2022). Другая гипотеза, объясняющая рост суицидальных попыток у молодого возраста, говорит о переживаниях о будущем, увеличении переживаний из-за образования, семейных проблем и высокой рабочей нагрузки в этой возрастной группе (Olsson M. et al., 2005; Liu B.P. et al., 2022).

Низкий социальный достаток, отсутствие постоянного места жительства и безработица являются важными факторами суицидального поведения и его хронификации. Уровень самоубийств в три раза выше в сельской местности, чем в целом по стране, а также выше у безработных, чем у трудоустроенных (Mashreky S.R. et al., 2013; McDaid D. et al., 2019).

Индия и Китай по-прежнему сообщают о самом высоком числе смертей в результате самоубийств на основе самоотравления, повешения и самосожжения (Otsuka K. et al., 2015). По данным ученых Англии, исследовавших суицидальный риск у бездомных, это, прежде всего, мужчины европеоидной расы в возрасте до 54 лет, имевшие в анамнезе самоповреждения и опыт обращений в психиатрические службы. Риск повторных суицидальных попыток, как и риск

летального исхода, у данной группы пациентов был выше, чем у лиц, имеющих постоянное место жительства (Crowell S.E. et al., 2009). Похожие данные были выявлены в Австралии, где в группу высокого суицидального риска входили мужчины, проживающие в одиночестве (разведенные, овдовевшие и те, кто никогда не состоял в браке) и безработные (Sharwood L.N. et al., 2023).

Более высокий риск суицида был выявлен у лиц с более низким уровнем дохода (разнорабочих, машинистов и водителей), по сравнению с людьми с более высоким уровнем дохода (менеджерами, специалистами) (Hawton K. et al., 2015). Безработица и низкий достаток являются факторами риска повторных суицидальных попыток. И у мужчин, и у женщин с повторными суицидальными попытками чаще преобладает начальное образование, и они чаще страдают от нетрудоустроенности. Похожие данные получили американские ученые, сравнивая риск суицидальных попыток у лиц с высшим и средним образованием, а также с разным уровнем достатка. Они делают вывод, что высшее образование может быть защитным фактором суицидального поведения, в том числе из-за связанного с ним увеличения дохода (Oexle N. et al., 2018).

Как у мужчин, так и у женщин безработица, выход на пенсию, одиночество являются факторами риска самоубийства. Профессиональные трудности, повышенная профессиональная нестабильность чаще повышают суицидальный риск у мужчин (Gratz K.L., 2003; Fehling K.B., Selby E.A., 2021).

Как можно отметить, данные исследований указывают на необходимость оценки основных факторов риска и способов вмешательств для предотвращения самоубийств как в странах с низким и средним уровнем доходов, так и у групп людей с низким доходом, проживающих в развитых странах (Knipe D.W. et al., 2019).

Существует немало противоречий в исследованиях, имеющих на сегодняшний день. Одни исследователи называют основными социодемографическими факторами риска повторных суицидальных попыток женский пол и средний возраст, другие авторы указывают мужской пол и пожилой возраст у женщин, некоторые авторы утверждают (Kleiman E.M. et al., 2023), что

не существует различий между полами (Qin P. et al., 2000; Leske S. et al., 2020). Данное разнообразие показателей связано с тем, что авторы в основном опираются на данные из скоропомощных и психиатрических больниц, куда попадают после самоповреждения пациенты, однако значительная часть пациентов может не доходить до институтов скорой помощи.

Например, в некоторых исследованиях указано, что мужчины реже обращаются за помощью, не получают лечение, что может, с одной стороны, приводить к хронификации психических расстройств и суицидального поведения и, с другой, влиять на статистические показатели, так как в данном случае мужчины реже попадают в поле зрения специалистов (Docherty A.R., 2020). Еще одной причиной может выступать пересечение понятий «преднамеренного, непреднамеренного самоповреждения», «попытка суицида», «self-harm», «парасуицид», которые достаточно сложно разделить. Во врачебной практике принято говорить о «преднамеренном самоповреждении», однако из-за косвенной природы последствий самоповреждений, незащищенных сексуальных контактов поведение с высокой степенью риска (например, экстремальные формы скоростных спусков, нелегальные автогонки) или интоксикация психоактивными веществами (ПАВ) не были включены в данную категорию, несмотря на возможное наличие тенденции к преднамеренному саморазрушению при всех этих формах поведения.

Некоторые авторы указывают, что повторные попытки суицида у мужчин и женщин имеют различия. Известно, что от самоубийств умирает гораздо больше мужчин, чем женщин (Fehling K.B., Selby E.A., 2021). Следовательно, совершение повторной суицидальной попытки, самоповреждения без намерения умереть чаще может возникать у женщин, а повторной суицидальной попытки с намерением умереть и высоким летальным риском – у мужчин. По данным ученых из Нидерландов, основными факторами риска суицида являются: мужской пол, низкий уровень доходов, все формы безработицы и низкий уровень образования, одиночество, отсутствие семьи, опыт иммиграции. Напротив, защитными факторами являются наличие брака и детей в браке, отсутствие иммиграционного

прошлого, высшее образование (Холмогорова А.Б., 2016; Phillips J.A., Hempstead K., 2017).

Социально-экономические факторы риска суицида у мужчин и женщин могут различаться. Недавнее исследование выявило, что безработица, выход на пенсию, одиночество и отсутствие по болезни по-прежнему являются значительными факторами риска для мужчин, даже с учетом госпитализации в психиатрическую больницу. Для женщин не было классифицировано никаких существенных факторов риска, кроме психических заболеваний, в то время как наличие ребенка в возрасте до 2 лет снижало риск самоубийства (Otsuka K. et al., 2015).

Способ суицидальной попытки может отличаться в зависимости от пола и намерения аутоагрессивного действия. Так, большинство авторов указывает на то, что мужчинам свойственно использовать более жестокие и агрессивные способы суицида. Как уже упоминалось, есть данные о том, что чем жестче способ суицида, тем выше вероятность того, что повторная суицидальная попытка будет завершённой. Тем временем, женщины склонны наносить незначительные травмы (Michaud L. et al., 2021). Исследования, проводящиеся на подростковых группах, показывают, что молодые люди, употребляющие наркотические вещества, имеют более высокий риск совершения повторных суицидальных действий (Fleischmann A. et al., 2008). Следовательно, в отличие от самоубийств, риск повторных эпизодов самоповреждений без намерения умереть обычно выше у женщин, чем у мужчин, за исключением подростков мужского пола, употребляющих наркотики. Самоповреждения у женщин без намерения умереть чаще являются способом сообщения о переживаемом стрессе (Nock M.K. et al., 2008; Fehling K.V., Selby E.A., 2021).

Аффективные расстройства преобладают, по сравнению с другими формами психической патологии, среди самоубийств обоих полов (Harris E.C., Barraclough B., 1997; Colle L. et al., 2020). Однако расстройства, связанные со злоупотреблением ПАВ, как правило, чаще встречаются у мужчин-самоубийц. Пациенты с шизофренией, совершающие суицидальные попытки, также преимущественно мужчины (De Hert M. et al., 2001).

Расстройства пищевого поведения, особенно нервная анорексия, сопряжены с высоким риском самоубийства и повторными суицидальными попытками, и чаще выявляются у женщин (Berkelmans G. et al., 2021; Ding O.J., Kennedy G.J., 2021).

В то же время имеет место специфика влияния пола на риск суицида в разных странах. Так, исследования первичных и повторных суицидальных попыток в Индии не выявили значительной разницы между мужчинами и женщинами, однако показали, что чаще всего самоубийства и повторными суицидальными попытками наносят люди трудоспособного возраста. К причинам суицидальных попыток в Индии относят «семейные проблемы» и «болезнь»; к семейным проблемам часто относятся: любовные связи, расторжение брака или невозможность вступить в брак (в соответствии с системой браков по договоренности в Индии) (Vijayakumar L., 2010). Отличительной особенностью суицидальных попыток у женщин Индии были такие причины самоубийств и суицидальных попыток, как: внебрачная беременность, внебрачные связи и другие конфликты, связанные с вопросом о браке. Частые суициды и семейные самоубийства в большей степени обусловлены социальными причинами и могут рассматриваться как протест против архаичных общественных норм и ожиданий (Saab M.M. et al., 2021). Еще одним важным исключением является Китай с очень высокими показателями завершеного суицида среди женщин, особенно молодых женщин в сельских районах (Chu J. et al., 2018).

Фактор возраста также играет значительную роль. Исследования в развивающихся странах показывают в 2 раза более высокий риск несмертельного и смертельного повторного самоповреждения у мужчин, по сравнению с женщинами, а также в 16 раз более высокий риск самоповреждения со смертельным исходом у людей в возрасте 56 лет и старше, по сравнению с людьми в возрасте 10–25 лет (Hepple J., Quinton C., 1997; Hawton K. et al., 2015). При исследовании лиц с повторными суицидальными попытками путем самоотравления отмечают преобладание женщин молодого возраста (до 30 лет) (Суботич М.И., Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. и др., 2022; Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д., Суботич М.И. и др., 2022). Несмотря на то, что частые

суицидальные попытки совершают лица более молодого возраста, люди пожилого возраста чаще имеют риск совершения повторных суицидальных попыток с намерением умереть, что увеличивает риск завершённых суицидальных попыток у данной группы лиц (Соловьев А.Г. и др., 2016). Пациенты среднего возраста более склонны к повторным самоповреждениям (без намерения умереть). По данным исследований (Liu H., 2009; Kaufman J.A. et al., 2020), у лиц моложе 60 лет отмечался катарсический эффект после совершения самоповреждений. У данной группы наблюдалось значительное снижение количества суицидальных мыслей после попытки самоубийства, однако этот эффект не прослеживался у лиц более пожилого возраста, старше 60 лет. Лица более пожилого возраста склонны чаще наносить повторные самоповреждения с более тяжелым характером травмы и использовать высоколетальные методы (самоповешение или использование огнестрельного оружия).

В отличие от суицидальных попыток в молодом возрасте, роль импульсивности в реализации суицидального замысла у пожилых значительно снижается, в то время как большее значение приобретают такие черты, как ригидность и закрытость для нового опыта (Зинчук М.С. и др., 2019). Проживание одиночества также является важным предиктором «позднего» суицида, что подтверждается исследованиями пожилых людей в домах престарелых. Даже при полном отсутствии контактов с родственниками взаимодействие с персоналом и совместное проживание снижают риск самоубийства (Любов Е.Б. и др., 2017). Таким образом, методы лечения пациентов после попыток суицида должны опираться на социодемографические показатели. Психотерапия данной категории людей должна учитывать пол и возраст пациентов, совершивших суицидальные попытки. Так, например, у пациентов более молодого возраста выше риск повторных попыток суицида без летального исхода, чем у пожилых пациентов. Мужчины при совершении повторных попыток суицида чаще будут иметь риск летального исхода, чем женщины, так как способы нанесения травмы у мужчин носят более агрессивный характер. Пациенты с низким уровнем образования и низким социальным достатком, нетрудоустроенные находятся в зоне риска

совершения повторных попыток после выписки из стационара. Это может быть связано как с низким уровнем образования, так и с ограниченными возможностями получения психологической помощи после выписки из стационара.

Следовательно, необходима доступная психосоциальная поддержка пациентам после попытки суицида, учитывающая различные особенности пациентов по полу, возрасту и социальному уровню, а также включающая в работу членов семьи пациентов.

2.2. Современные эмпирические исследования клинических и психологических факторов суицидального поведения и его хронификации

Суицидальное поведение стоит рассматривать как комплексный феномен, включающий в себя множество факторов, в том числе клинических и психологических. Важными предикторами хронификации суицидального поведения являются психические расстройства, суицидальная попытка в анамнезе, недавняя выписка из стационара, а также злоупотребление алкоголем и ПАВ (Менделевич В.Д., 2005; Журавлева Т.В., Ениколопов С.Н., Черная М.И. и др., 2015; Шустов А.Д. и др., 2019). На каждое завершённое самоубийство приходится от 8 до 25 суицидальных попыток (Положий Б.С., 2010). Повторные суицидальные попытки и самоповреждения приводят к хронификации и качественному утяжелению аутоагрессивного поведения с высокой вероятностью реализации опасных для жизни действий (Польская Н.А., 2014; Польская Н.А., Власова Н.В., 2015).

Некоторые авторы характеризуют пациентов с хроническим суицидальным поведением как лиц, поступающих в медицинское учреждение после суицидальной попытки вскоре после недавнего аутоагрессивного действия. Хроническое суицидальное поведение можно определить как устойчивые повторяющиеся аутоагрессивные действия, выступающие в виде способов совладания с аффектом, сильными негативными эмоциями (такими как грусть, одиночество, гнев, недовольство собой, самоуничижение), возникающие вследствие дефицита

навыков переработки стресса и эмоциональной саморегуляции, а также отсутствия опыта надежной привязанности в семье и социальной поддержки.

По многочисленным данным, факторы риска совершения повторных суицидальных попыток могут быть получены из разных областей знания (например, биологии, психологии и социологии) (Суботич М.И., Холмогорова А.Б., 2020; *Suicidality: Results of Recent Meta-Analyses*, 2023).

Клинические факторы хронического суицидального поведения

Психические расстройства рассматриваются как важный фактор хронического суицидального поведения. Обострение психического расстройства часто является причиной совершения как первичной попытки самоубийства, так и хронического суицидального поведения, особенно если сам пациент или окружающие его люди не понимают опасности, а пациент отказывается от посещения специалистов (Miller I.W. et al., 2017).

Расстройства настроения, невротические расстройства, связанные со стрессом, соматоформные расстройства, а также шизофрения, шизотипическое и бредовое расстройства являются основными предикторами совершения суицида. Однако характеристики суицидальных попыток (в частности их способы, причины и вероятность их повторения) различаются у данных групп риска. Причины самоубийства у людей с диагнозами из группы психотических расстройств (шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства) включают в себя ангедонию, тревожные и психотические симптомы, депрессию, возникшую в результате проблем в социальной жизни и социальной изоляции (Рычкова О.В., 2013). Кроме того, даже если больные шизофренией сообщают другим о своем намерении совершить самоубийство, это часто игнорируется как часть их психического состояния. Способы самоповреждения у лиц, страдающих шизофренией, чаще носят более жестокий характер, зачастую ими используются такие методы, как самоутопление, прыжок с высоты, странгуляционная асфиксия (Qin P. et al., 2000), на эту группу больных также приходится самая высокая доля законченных самоубийств среди людей, которые ранее предпринимали попытку

суицида (Runeson B. et al., 2016). Следовательно, данные пациенты чаще совершают суицидальные попытки с намерением умереть, повторные аутоагрессивные действия носят все более жестокий характер. Причем чем жестче способ суицида, тем выше вероятность того, что повторная суицидальная попытка будет завершённой.

Депрессия является одной из наиболее распространенных дезадаптирующих и опасных в связи с высоким риском самоубийств форм психопатологии (Лоулор К.Э. и др., 2022). Лица, страдающие расстройствами настроения (F32), подвержены наиболее высокому риску совершения суицидальных попыток, в том числе повторных, однако стиль суицида также различается в зависимости от тяжести расстройства и его коморбидности с другими заболеваниями. Видение будущего в пессимистичных тонах и отсутствие веры в улучшение жизни, желание прекратить испытывать такие чувства, как безнадежность, одиночество, безвыходность, – являются основными переживаниями и мотивами суицидальных попыток при депрессии (Холмогорова А.Б., 2016). При тяжелых депрессиях, как и при рекуррентном депрессивном расстройстве, шизофрении и БАР, повторные самоповреждения будут носить еще более тяжелый характер и значительно повышать риск летального исхода. Депрессивные расстройства оказывают особенно существенное влияние на риск самоубийства среди людей с предшествующим суицидальным поведением (Qin P. et al., 2000).

Пациенты с аффективными расстройствами (F32), коморбидными с расстройствами личности (F60), имели хотя и более низкий риск суицидов, по сравнению с больными шизофренией (F2) и БАР (F31), но все же значительно повышенный риск самоубийства, по сравнению с группой депрессивных больных без личностных расстройств (Runeson B. et al., 2016). Способы суицидальных попыток у данных пациентов менее жестокие и опасные (самопорезы конечностей или попытки самоотравления), по сравнению с пациентами с БАР и шизофренией (Завалий Л.Б. и др., 2019). Однако при нарастании симптомов депрессии (усилении чувства безнадежности, социальной изоляции и одиночества) у лиц с

расстройствами личности при повторных суицидальных попытках самоповреждения могут видоизменяться и принимать более тяжелый характер (Холмогорова А.Б., 2016).

Наиболее распространенными диагнозами у пациентов с повторными суицидальными попытками являются расстройства личности и расстройства настроения. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) одним из критериев эмоционально-неустойчивого расстройства личности и ПРЛ является склонность быть включенным в напряженные (неустойчивые) отношения, что может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией суицидальных угроз или актов самоповреждения (Лайнен М., 2007). Однако и пациенты с другими личностными расстройствами тоже могут иметь такие личностные черты, как импульсивность, нестабильность, что может тоже приводить к хроническому суицидальному поведению (Холмогорова А.Б. и др., 2020; Saab M.M. et al., 2021). Зачастую при повторных суицидальных попытках и хронификации данного поведения могут возникать или нарастать симптомы депрессии или тревоги, что приводит к образованию порочного круга суицидального поведения. Часто пациенты с тяжелыми личностными расстройствами не полностью осознают собственные мотивы, особенно когда они находятся в стрессовом состоянии. Повторные попытки суицида без намерения умереть могут перетекать в истинную суицидальную попытку, или же самоповреждения могут внезапно оказаться настолько серьезными, что приведут к летальному исходу.

По данным исследований, расстройства личности имеют биопсихосоциальную природу и могут возникать на фоне генетической предрасположенности в результате неблагоприятных влияний среды, в частности нарушений привязанности (Runeson B. et al., 2016). Темперамент, характеризующийся быстрым возбуждением и низким контролем негативного аффекта, может быть усилен нарушениями привязанности и привести к трудностям регуляции эмоций. Факторами риска повторных суицидальных попыток обычно являются сексуальное насилие, жестокое обращение, пренебрежение,

незащищенность, ненадежность в отношениях ребенка и объекта привязанности (De Hert M. et al., 2001; Matsuishi K. et al., 2005).

В большинстве случаев повторные суицидальные попытки при личностных расстройствах выполняют различные функции. Наиболее часто пациенты с ПРЛ могут совершать повторные суицидальные попытки как способ регуляции эмоций, что не позволяет формироваться конструктивным навыкам решения проблем. Таким пациентам сложно обращаться за помощью и поддержкой, что усиливает ощущение беспомощности и безнадежности, чувство одиночества и социальной изоляции (Чёрная М.И. и др., 2016; Зинчук М.С. и др., 2019). Так, некоторые пациенты используют хроническое самоповреждающее поведение как способ избавиться от тяжелых чувств или, напротив, пережить сильные и болезненные эмоции. Некоторые пациенты видят в повторных попытках суицида способ вернуть ощущения реальности и справиться с диссоциацией. Другие, наоборот, используют аутоагрессивные действия как способ ухода от реальности, с которой им тяжело справиться, например при конфликтах в межличностных отношениях (Wedig M., Nock M.K., 2007; Urnes O., 2009). Низкая способность к саморегулированию приводит к сильному негативному аффекту. Нанесение самоповреждений в таком случае может дать ощущение контроля над внутренним состоянием и оказывать успокаивающее влияние. Самонаказание – еще один мотив самоповреждающего поведения у пациентов с личностными расстройствами, которые часто сталкиваются с сильными чувствами самоунижения, ненависти к себе. Иногда повторное суицидальное поведение может выступать в виде способа воздействия на окружающих, оно носит более импульсивный характер, характер «крика о помощи» и чаще инициируется в межличностных конфликтах. Так, от 17 % до 80 % пациентов с ПРЛ склонны к повторным суицидальным попыткам без намерения умереть, наиболее частым из них является самоповреждение путем порезов, самоотравлений или ожогов (Белова М.В., Ильяшенко К.К., 2016; Temes S.M. et al., 2019; Холмогорова А.Б. и др., 2022). Как было сказано выше, повторные суицидальные попытки случаются чаще среди подростков и молодых людей и связаны с множеством психосоциальных проблем, накладывающихся на

врожденную уязвимость (Cheng Y. et al., 2014). Коморбидность расстройств личности с другими психиатрическими диагнозами, такими как депрессия и тревожные расстройства, увеличивает риск совершения первичных и повторных суицидальных попыток (Henriksson M.M. et al., 1993; Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г., 2020; Birchall E. et al., 2021).

Психологические факторы хронического суицидального поведения

Личностные факторы хронического суицидального поведения

Исследования личностных факторов у лиц с хроническим суицидальным поведением говорят о наличии у данной группы пациентов трудностей эмоциональной регуляции, нарушении импульс-контроля, отсутствии навыков совладания со стрессом, трудностях в межличностном взаимодействии, что часто является чертами личностных расстройств, в том числе и эмоционально-неустойчивых (пограничных) (Brüder J. et al., 2024). Сложность с регулированием эмоций или способность изменять эмоциональные реакции для достижения целенаправленного поведения (Yen S. et al., 2021) является трансдиагностическим фактором риска психопатологии, а также суицидального поведения (Neacsiu A.D. et al., 2014). Было показано, что люди с историей многократных попыток самоубийства отличаются от людей, не имевших в прошлом попыток самоубийства, своей неспособностью получать доступ к эффективным стратегиям регулирования эмоций (Rajappa K. et al., 2012). Кроме того, теоретически предполагается, что обучение навыкам эмоциональной регуляции вызывает положительный лечебный эффект с помощью ДБТ (Lynch T.R. et al., 2006). Повторные суицидальные попытки зачастую используются для снятия неприятных ощущений гнева, напряжения, беспокойства или депрессии (McCauley E. et al., 2018).

Травматичный прошлый опыт (утрата близких людей, опыт физического или эмоционального насилия в детстве) может привести к развитию как посттравматические стрессовых расстройств, так и к развитию и хронификации суицидального поведения. Повторное переживание травматических воспоминаний

сопровождается тревогой, возбуждением, а стратегии совладания по типу избегания лишь увеличивают тревогу и способствуют развитию тревожных заболеваний (агорафобия, обсессивно-компульсивное расстройство, социальная фобия) (Auchemy Y., 2014; Соловьева С.Л., 2018).

О роли нарциссизма в суицидальном поведении писали многие авторы, например выявлена связь нарциссизма как уязвимого, так и грандиозного с диссоциацией в прогнозировании повторных суицидальных действий. Связь между диссоциацией и суицидальными попытками была значимой среди людей с высоким уровнем уязвимого нарциссизма, а также среди людей с низким уровнем грандиозного нарциссизма (Soloff P.H. et al., 2012). Патологический нарциссизм (нарциссическая грандиозность и уязвимость) связан как с самоубийством, так и с хроническим суицидальным поведением. Исследования показали, что от 4,7 % до 23 % совершивших самоубийств имели черты нарциссизма (Raposa E.V. et al., 2016). Люди с патологическим нарциссизмом склонны иметь более высокие ожидания от себя и окружающих, но также зависеть от мнения других, что может способствовать острым переживаниям в случае неуспеха, отсутствия признания и восхищения окружающими и приводить к самокритике, чувству стыда, разочарования и самоповреждающему поведению (Blasco-Fontecilla H. et al., 2010). Также выявлено, что фантазии о грандиозности и поведение по типу эксплуатации окружающих связаны с импульсивным поведением и повторными суицидальными попытками. Повторные суицидальные попытки выступают как способ справиться с чувствами ярости и стыда, одновременно давая нарциссическому человеку чувство неуязвимости и контроля над собственной жизнью (Суботич М.И., Рахманина А.А., Быкова М.С., 2020; Gabbard G.O., 2022).

Негативный аффект, возникающий в результате отрицательной обратной связи, является существенной непосредственной причиной агрессии. Люди с высоким уровнем перфекционизма склонны сосредотачиваться на несоответствии между своими стандартами и результатами деятельности, характеризуются чрезмерной аффективной реакцией на негативную обратную связь. Эта обостренная аффективная реакция на неудачу может приводить к хроническому

самоповреждающему поведению, поскольку агрессия и самоповреждение часто воспринимаются как средства регулирования негативного аффекта. Перфекционизм связан с более агрессивным поведением по отношению как к другим, так и к себе после получения отрицательной обратной связи, а также связан с повторными суицидальными попытками (Chester D.S. et al., 2015). Ненадежная привязанность также связана с перфекционистской самопрезентацией, такой как маскировка неуверенности и сокрытие несовершенства как средства социального признания и установления связей. Точно так же аспекты перфекционистской самопрезентации связаны с социальной отчужденностью и отчуждением. Таким образом, во избежание мнимого или реального отказа социума данные пациенты склонны маскировать неуверенность и представлять «безупречный фасад».

В последнее десятилетие исследователями интенсивно изучаются разные типы перфекционизма. Наиболее общепринятым является выделение трех типов, предложенных авторами одной из первых шкал для диагностики перфекционизма П. Хьютом и Г. Флитом: Я-адресованный перфекционизм (высокие стандарты, которые человек предписывает себе и стремится достичь в своей деятельности); социально-предписанный перфекционизм (субъективное восприятие человеком других людей как предписывающих высокие стандарты и ожидающих от него высоких достижений); перфекционизм, адресованный другим (высокие стандарты, которые адресуются другим людям с ожиданием от них совершенства и высоких достижений). В отдельную категорию принято выделять перфекционистский когнитивный стиль, который характеризуется фиксацией на ошибках и переживаниями по поводу своего несовершенства (Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., 2002). Среди разных видов перфекционизма наиболее деструктивным признан социально предписанный перфекционизм, который наиболее тесно связан с выраженной эмоциональной дезадаптацией и риском суицида (Ясная В.А., Ениколопов С.Н., 2007; Flett G. et al., 2018; Холмогорова А.Б. и др., 2022). Социально предписанный перфекционизм характеризуется ощущением, как будто социум ожидает от человека совершенства. Люди, которые демонстрируют эту характеристику, могут чувствовать себя вынужденными

действовать в соответствии с определенными стандартами, потому что они чувствуют себя обязанными соответствовать внешним требованиям со стороны внешней силы, будь то культурные ожидания, ожидания общества или навязанные им значимыми людьми в их жизни. Этот аспект наиболее прочно связан с суицидальными идеями и хроническим суицидальным поведением и включает в себя озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними (Hewitt P. et al., 1997; Гаранян Н.Г. и др., 2018; Холмогорова А.Б. и др., 2020). Социально предписанный перфекционизм является фактором уязвимости, который увеличивает чувствительность к сигналам поражения, в то время как поражение/унижение являются ключевыми факторами возникновения суицидальных идей. Воспринимаемое унижение возникает, когда человек испытывает негативное влияние после события, которое интерпретируется как унижительное. Страх унижения – это негативный эффект, связанный с ожиданием унижительного события или сценария, происходящего при отсутствии реального события (Linehan M.M. et al., 2000; O'Connor R.C., Kirtley O.J., 2018; O'Connor R.C., Portzky G., 2018). Существуют доказательства того, что социально предписанный перфекционизм – это измерение, которое больше всего связано с чувством недовольства собой, замкнутости и одиночества. Люди с социально предписанным перфекционизмом понимают, что у них мало или совсем нет контроля над тем, что от них ожидают. Когда такие люди не могут оправдать ожидания, которые, как им казалось, от них требует социум, они с большей вероятностью чувствуют себя безнадежными, изолированными и пойманными в ловушку (Суботич М.И., 2023).

Когнитивно-поведенческие факторы хронического суицидального поведения

В последнее время уделяется все больше внимания исследованию когнитивных, метакогнитивных и поведенческих предикторов риска повышения тревоги и депрессии и, как следствие, запуску суицидального поведения и его хронификации. Одним из важных феноменов, повышающих риск суицида и его хронификации, является негативный когнитивный стиль, включающий в себя: трудности принятия решений при затрачивании значительного времени на

обдумывание, снижение способности к переключению с одних способов переработки информации на другие, трудности в регуляции эмоций, трудности в опознавании этих эмоций («оторванность» когнитивного функционирования от базовых потребностей и эмоций, ведущая к подавлению последних и утрате связи с ними) и трудности, связанные с поиском адаптивных стратегий совладания со стрессом, направленных на разрешение проблемы (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2003; Падун М.А., 2009).

Роль руминаций и их влияние на усиление депрессивных симптомов, суицидальных мыслей и вероятность попыток суицида в настоящий момент активно изучается. Руминации, поддерживая негативные мысли, связанные с депрессивным настроением, препятствуют эффективному решению проблем и способствуют закреплению пассивного и пессимистического состояния (Nolen-Hoeksema S., 1991). Watkins E.R. известен как автор КБТ депрессий, сфокусированной на работе с руминативным мышлением. Разработанный им метод психотерапии отличается высоким уровнем доказательности теоретических оснований, которые базируются на экспериментальных исследованиях различных типов мышления – конструктивного и неконструктивного. Конструктивный стиль характеризуется сфокусированностью на конкретных проблемных ситуациях и направленностью на выработку способов их решения. Неконструктивный стиль отличается глобальным и оценочным характером, самообвинениями и самокритицизмом (Watkins E.R. et al., 2007; Klonsky E.D. et al., 2018). Такие дезадаптивные личностные черты, как перфекционизм (отсутствие права на ошибку, нереалистично высокие цели и требования к себе) в сочетании с отсутствием навыков решения проблем, являются важными факторами формирования руминативного мышления как деструктивного совладающего когнитивного стиля (Watkins E.R., 2009). Руминации интенсифицируют переживание неразрешимости проблем и безнадежности, что повышает вероятность самоубийства как потенциального способа «завершения», выхода из ситуации (Сагалакова О.А. и др., 2022; Суботич М.И., Холмогорова А.Б., 2023). Этот стиль характеризуется также избеганием решения проблем, что неизбежно

ведет к их накоплению, усилению чувства беспомощности и, в конечном счете, усилению симптомов депрессии и ее хронификации по механизму порочного круга (Пуговкина О.Д. и др., 2021). Повторяющиеся суицидальные мысли повышают когнитивную уязвимость к суицидальному поведению за счет снижения порога, необходимого для запуска суицидального эпизода, а по мере возникновения новых попыток происходит снижение болевых порогов и привыкание к переживанию эпизодов аутодеструкции (Beck A.T. et al., 1993; Joiner T., 2005).

Еще одним важным фактором риска суицида является такая характеристика когнитивно-аффективной сферы, как алекситимия. Алекситимию определяют как трудность в понимании чувств; неспособность отделить чувства от физических ощущений, возникающих при эмоциональном возбуждении; трудность трансляции своих чувств другим лицам; недостаточно развитый процесс воображения и ориентированный на преимущественное внимание к внешним событиям когнитивный стиль (Старостина Е.Г. и др., 2010). Высокий уровень алекситимии приводит к трудностям сообщения другим о негативном эмоциональном состоянии и, как следствие, к неспособности обращения к ним за помощью, когда она необходима, отсутствию эмоциональной разрядки и постоянному накоплению негативных эмоций, что, в свою очередь, повышает вероятность внезапной эмоциональной вспышки (Акименко А.К., 2016; Брель Е.Ю., Стоянова И.Я., 2017; Ларионов П.М., Гречуха И.А., 2020). В недавних исследованиях авторы пишут о том, что раскрытие своих суицидальных мыслей, планов или деструктивных действий другим открывает возможность для вмешательства и превенции хронического суицидального поведения. Пациенты, которые чаще делились суицидальными мыслями и делились ими в устной форме, а не в текстовых сообщениях онлайн, реже погибали в результате суицида, чем те, кто сообщал об этом онлайн или вовсе не сообщал (Suicidality: Results of Recent Meta-Analyses, 2023). Высокий уровень алекситимии связан с плохим уровнем эмоциональной саморегуляции и неразвитыми навыками конструктивного решения проблем, что способствует их накоплению, неспособности понимать других людей и налаживать эмоциональный контакт с ними (Москачева М.А. и др., 2014), а в конечном итоге –

чувству безвыходности и повышенному риску суицидального поведения (Зинчук М.С. и др., 2019).

Опираясь на многочисленные когнитивные теории, стоит отметить важность развития адаптивных копинг-стратегий как превентивных факторов хронификации суицидального поведения. Отсутствие доверия, тревога в связи с ожиданием осуждения и отвержения от окружающих, алекситимия и трудности в том, чтобы осознать свои эмоции и попросить о помощи, могут формировать дезадаптивные стили совладания со стрессом. Наличие избегающих копинг-стратегий, в отличие от более прямых, ориентированных на проблему копинговых методов, является важной характеристикой людей, совершающих повторные суицидальные попытки (Pollock L.R., Williams J.M., 2001; Исаева Е.Р., 2009; Лунева П.Д., Абабков В.А., 2023). Повторяющиеся суицидальные мысли и поведение были концептуализированы как избегающее копинг-поведение, учитывая, что они часто действуют как способ избежать сложных, тяжелых негативных эмоций и других стрессоров (Chapman A.L. et al., 2006; Millner A.J. et al., 2019; Gysin-Maillart A. et al., 2020).

Интерперсональные факторы хронического суицидального поведения

Межличностные факторы имеют большое значение и связаны с повышенным риском суицида, включая повышенный риск повторных суицидных попыток (Motillon-Toudic C. et al., 2022). Различные теории самоубийства считают одиночество и отсутствие принадлежности важными факторами, ведущими к самоубийству (Van Orden K.A. et al., 2010). В то же время современные исследования выделяют одиночество или высокий уровень изоляции, множественные хронические физические расстройства, семейную историю суицидов, сексуальную травму и принадлежность к женскому полу важнейшими факторами риска хронификации суицида (Rahman A. et al., 2012). Одиночество и трудности в построении социальных контактов часто связаны с суицидальным и повторным суицидальным поведением среди людей с расстройствами личности (Mann F. et al., 2022). Нарушение привязанности и воспринимаемое родительское

отвержение часто приводят к последующему опыту одиночества и восприятию других как недоброжелательных. Одновременное стремление к связи и страх перед ней можно понять в контексте нарушенных привязанностей, когда лица, осуществляющие уход за ребенком, являются одновременно источником угрозы их безопасности. Это согласуется с литературой, описывающей связь между одиночеством и травмой, и между «расстройством личности», хроническим суицидальным поведением и ранним травматическим жизненным опытом (Sheridan Rains L. et al., 2021; Васильева А.В. и др., 2023). Тяжелая утрата и, как следствие, чувство покинутости и одиночества повышают риск суицидальных попыток у лиц, имеющих черты личностного расстройства, в связи с дополнительной эмоциональной нагрузкой на уже и так болезненные темы и в связи с отсутствием навыков совладания с ситуациями утраты (Davari F.V. et al., 2021; Bryan C.J. et al., 2018).

Социальная изоляция, чувство обременительности для других, ощущение, что окружающим будет легче без человека, являются еще одними важными предикторами суицидальных мыслей, повторных суицидальных попыток и завершеного суицидального поведения (Conwell Y. et al., 2000; Dervic K. et al., 2008; Crosby E.S. et al., 2020). Так, социальная изоляция, одиночество и отсутствие социальной поддержки, проживание в неполных семьях, потеря супруга из-за смерти или развода, проживание в одиночной тюремной камере – все это важные психологические факторы для совершения суицидальных попыток с намерением умереть. Напротив, брак, дети и большее количество друзей/членов семьи связаны со снижением риска смертельного суицидального поведения (Van Orden K.A. et al., 2012).

Причиной трудностей в межличностных коммуникациях может быть повышенный уровень личностного дистресса у пациентов с расстройствами личности. Авторы предполагают, что дефицит зрелых форм эмпатии препятствует построению долгосрочных и стабильных отношений (Keysers C. et al., 2014; Salgado R.M. et al., 2020). Карягина Т.Д. в своем исследовании рассматривает эмпатический дистресс – переживание чужих болезненных эмоций как

собственных, «заражение» эмоциями другого человека. В то же время эмпатический дистресс может быть в виде реакций злости и раздражения в ответ на чужие болезненные эмоции. Однако в норме, в ходе созревания и развития человека, в том числе усвоения культурных форм выражения эмпатии и оказания помощи, происходит трансформация переживания эмпатического дистресса. Формируются механизмы, способные предотвратить эмоциональное заражение и личный дистресс, человек научается разделять свои и чужие эмоции, возникают просоциальная мотивация и желание заботы (Карягина Т.Д. и др., 2017; Карягина Т.Д., Придачук М.А., 2017). Как было описано выше, важными предикатами развития суицидального поведения и его хронификации являются алекситимия, трудности дифференциации и осознания собственных эмоций, как следствие – возникновение трудностей в регуляции аффекта. По данным исследований, высокий уровень личностного дистресса связан с алекситимией и трудностями понимания своих чувств и эмоций (Карягина Т.Д., Придачук М.А., 2017).

Высокий уровень личностного дистресса также связан с симптомами депрессии и трудностями переживания горя у лиц, переживших суицидальную попытку (Toffol E. et al., 2022). Таким образом, люди, страдающие эмпатическим дистрессом, чаще склонны быть «захваченными» сильными негативными эмоциями других людей при общении с ними, им сложнее дифференцировать свои эмоции от чужих, понять причинно-следственную связь возникновения эмоционального дискомфорта, что может способствовать как трудностям регуляции собственных эмоций, так и избеганию общения и построения доверительных отношений с окружающими, чувству одиночества, что, в свою очередь, приводит к порочному кругу образования хронического суицидального поведения.

Выводы по Главе 2

Таким образом, хроническое суицидальное поведение – это устойчивые повторяющиеся аутоагрессивные действия, выступающие в виде способов совладания с аффектом, сильными негативными эмоциями (такими как грусть,

одиночество, гнев, недовольство собой, самоуничижение), появившиеся в связи с дефицитом навыков совладания со стрессом и эмоциональной саморегуляции, отсутствием опыта в семье надежной привязанности (Лайнен М., 2007; Польская Н.А., Власова Н.В., 2015; Runeson B. et al., 2016; Чёрная М.И. и др., 2016; Холмогорова А.Б. и др., 2020).

Социодемографические факторы хронического суицидального поведения. Таковыми являются трудоспособный возраст, опыт употребления ПАВ, низкий социальный статус и достаток, нетрудоустроенность, национальные и религиозные особенности страны, трудности получения медико-психо-социальной помощи.

Фактор пола играет разную роль в разных культурах. Мужчины чаще гибнут от суицидальных попыток (за исключением Китая, Индии), реже обращаются за помощью, и способы самоповреждения у мужчин носят более жестокий характер, чем у женщин. Женщины трудоспособного возраста и молодые мужчины, употребляющие ПАВ, чаще предпринимают повторные суицидальные попытки путем самопорезов конечностей и самоотравления без намерения умереть и имеют более высокий риск хронификации суицидального поведения. Лица более пожилого возраста склонны чаще наносить повторные самоповреждения с летальным исходом.

Чувство одиночества, покинутости, отсутствие социальной поддержки, семьи, детей в браке и супруга являются важными предикторами хронического суицидального поведения у всей группы пациентов, независимо от пола, возраста и религии. Своего рода социальная неприспособленность может стать фактором риска повторных суицидальных попыток.

Клиническим фактором хронического суицидального поведения является наличие таких диагнозов, как ПРЛ и другие личностные расстройства, часто совмещенные с депрессивной и тревожной симптоматикой. Данная группа пациентов склонна использовать менее опасные способы самоповреждения, такие как самопорезы в области конечностей, самоотравления или ожоги, однако без лечения и психологической поддержки у данной группы пациентов повышается риск хронификации суицидального поведения, нарастания симптомов депрессии и

совершения законченного суицида (Пуговкина О.Д. и др., 2021). Мотивы самоповреждений у лиц с личностными расстройствами часто носят характер деструктивной эмоциональной регуляции, способа воздействия на мир и окружающих или совладания с диссоциацией и стрессом и чаще не содержат в себе желания умереть. Пациенты с такими диагнозами, как БАР, шизофрения и рекуррентная депрессия, склонны совершать повторные аутоагрессивные действия с намерением умереть и применяют высоколетальные способы самоповреждений. Вероятность совершения повторной завершённой суицидальной попытки у данных пациентов выше.

Психологические факторы хронического суицидального поведения были разделены на личностные, когнитивно-поведенческие и интерперсональные.

Личностными факторами хронификации суицидального поведения являются дезадаптивные личностные черты (недоверие, ожидание жесткого обращения, отсутствие опыта надежной привязанности и трудности в построении доверительных отношений, импульсивность, чувствительность). Перфекционизм и нарциссизм также являются важными предикторами суицидального поведения и его хронификации.

Когнитивно-поведенческими факторами хронического суицидального поведения являются наличие руминативного мышления, фиксация на собственных неудачах и трудностях, дефицит адаптивных стратегий и навыков совладания с трудностями. Отсутствие навыков решения проблем и преобладание избегающих копинг-стратегий приводят к эмоциональной дисрегуляции, накоплению аффекта. Алекситимия тесно связана с трудностями развития адаптивных копинг-стратегий и нарушением импульс-контроля в связи с отсутствием возможности понимать свои эмоции и сообщать о них окружающим.

Интерперсональным фактором суицидального поведения и его хронификации является чувство одиночества, описываемое как в первых суицидальных моделях, так и в современных одним из ведущих предикторов суицида. Одиночество может формироваться как за счет негативного прошлого опыта ненадежной привязанности в детстве, так и вследствие дезадаптивных

личностных черт и метакогнитивных факторов – отсутствие понимания себя, своих эмоций и эмоций окружающих. Эмпатический дистресс тесно связан с алекситимией и может приводить к трудностям эмоциональной регуляции и избеганию построения близких контактов с окружающими. Трудности в межличностных отношениях, в свою очередь, приводят к чувству изоляции, одиночества, что создает порочный круг суицидального поведения.

Понимание и структурирование многообразия факторов риска играют важную роль для профилактики суицида. Необходимым является обеспечение доступа к лечению лиц с первичной попыткой суицида и хроническим суицидальным поведением, которым могут потребоваться регулярные контакты и поддержка как близких, так и специалистов, формирование групп для родственников суицидентов (Carr M.J. et al., 2021; Борисоник Е.В., 2023).

ГЛАВА 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ХРОНИЧЕСКОГО СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

3.1. Задачи, гипотезы и организация исследования

Задачи:

1. Провести анализ теоретических моделей суицидального поведения и его хронификации;
2. Провести анализ эмпирических исследований социодемографических, клинических и психологических факторов хронификации суицидального поведения;
3. Разработать и апробировать методический комплекс, направленный на диагностику клинических и психологических факторов риска хронификации суицидального поведения;
4. На основе разработанного методического комплекса провести сравнительное исследование двух групп пациентов, находящихся в стационаре после совершения первичных и повторных суицидальных попыток;
5. Описать факторы хронического суицидального поведения и выделить мишени психологической помощи людям с повторными суицидальными попытками на основе многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра.

Объект исследования: хроническое суицидальное поведение.

Предмет исследования: социодемографические характеристики и клинико-психологические (клинические, личностные, когнитивно-поведенческие, интерперсональные) факторы хронификации суицидального поведения.

Основная гипотеза исследования: у пациентов с хроническим суицидальным поведением, по сравнению с пациентами с однократной попыткой, чаще имеют место признаки социальной дезадаптации, серьезные психические расстройства и более выражены симптомы тревоги и депрессии, а также

дезадаптивные личностные черты, избегающие когнитивно-поведенческие стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями, дефицит социальной поддержки.

Частные гипотезы исследования:

1. Такие социодемографические характеристики, как низкий социальный достаток, отсутствие высшего образования и нетрудоустроенность, чаще отмечаются у пациентов с хроническим суицидальным поведением, по сравнению с пациентами с однократными попытками;

2. Пациенты с хроническим суицидальным поведением имеют более высокие показатели уровня тревоги, депрессии и суицидальной готовности, чем пациенты с первичной попыткой суицида;

3. Пациенты с хроническим суицидальным поведением имеют более выраженные дезадаптивные личностные черты в виде нарциссизма, перфекционизма и пограничных черт личности, чем пациенты с первичной попыткой суицида;

4. Пациенты с хроническим суицидальным поведением чаще прибегают к непродуктивным когнитивно-поведенческим стратегиям совладания со стрессом, чем пациенты с первичной попыткой суицида;

5. У пациентов с хроническим суицидальным поведением более выражены трудности в межличностном взаимодействии, по сравнению с пациентами с однократными попытками.

Организация исследования. Исследование проводилось в 2019–2023 гг. на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы».

Набор участников ($N = 119$) начинался при поступлении в стационар закрытого типа в отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств. Обследование проводилось на 2–3 сутки после поступления, в течение 2–3 сеансов длительностью 45–60 минут. *На первом сеансе* с пациентами, давшими информированное согласие на участие, проводились сбор клинического

анамнеза и биографии пациента. Здесь учитывались результаты сбора анамнестических данных врачом-психиатром, обратная связь от среднего медицинского персонала и врачей-хирургов. Далее заинтересованным пациентам предлагалось заполнить набор тестов и методик. *На втором сеансе* пациентам давалась обратная связь, предоставлялась информация о специалистах и организациях, куда они могут обратиться после выписки из стационара. Заинтересованным пациентам проводились последующие сеансы по запросу, с использованием методов КБТ и ДБТ (составлялся кризисный план, проводилось обучение навыкам перенесения дистресса).

3.2. Характеристика методического комплекса и обследованных групп

Для реализации эмпирического исследования был сформирован пакет методик, отвечающий задачам и позволяющий проверить выдвинутые гипотезы. Чтобы обеспечить бóльшую надежность результатов, использовались как экспериментальные, так и опросниковые методики.

I. Для оценки социодемографических характеристик или макросоциальных факторов (пол, возраст, образование, социальное положение, религиозность, доступность помощи) использовались:

1. Анкетирование (пол, возраст, социальное положение, семейное положение);
2. Анализ историй болезни (анамнез, диагнозы).

II. Для исследования клинико-психологических факторов в виде преобладающих диагнозов и выраженности симптомов психических расстройств, дисфункциональных личностных черт, деструктивного когнитивного и поведенческого стиля, а также дисфункций в интерперсональных отношениях использовались следующие блоки методик.

Для оценки роли клинических факторов в виде симптомов депрессии и тревоги использовались:

1. Ретроспективный анализ историй болезни (диагнозы);

2. Шкала депрессии (Beck A.T. et al., 1961; Тарабрина Н.В., 2001) – направлена на оценку выраженности симптомов депрессии;

3. Шкала тревоги (Beck A.T. et al., 1988; Тарабрина Н.В., 2001) – направлена на оценку выраженности симптомов тревоги.

Для оценки выраженности дисфункциональных личностных черт как факторов хронификации суицидального поведения использовались:

1. Трехфакторный опросник перфекционизма (Гаранян Н.Г. и др., 2018), включающий шкалы – озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними; высокие стандарты и требования к себе; негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве. Первая шкала тестирует социально предписываемый перфекционизм, вторая – Я-адресованный перфекционизм, третья – перфекционистский когнитивный стиль;

2. Шкала гиперсензитивного нарциссизма (Hendin Н.М., Cheek J.М., 1997) – методика находится в процессе валидизации, предназначена для оценки скрытого нарциссизма;

3. Опросник дисфункциональных убеждений при ПРЛ RBQ-BPD (Beck A.T., Beck J.S., 1991; Кони́на М.А., Холмогорова А.Б., 2016) – предназначен для экспресс-диагностики пограничных черт и последующей работы с убеждениями, лежащими в их основе. Включает три шкалы – недоверия, зависимости, защиты, каждая из которых измеряет определенные устойчивые личностные черты. Выраженность этих черт связана с ростом интенсивности психопатологических проявлений.

Для оценки выраженности деструктивных когнитивного стиля и стратегий совладания как факторов хронификации суицидального поведения использовались:

1. Шкала Руминаций (Treynor W. et al., 2003; адаптация Пуговкиной О.Д. с соавторами, 2021) – направлена на оценку склонности к руминативному мышлению и включает четыре подшкалы: 1) «Анергия» – склонность к фиксации внимания на своих депрессивных симптомах; 2) «Поиск глобальных объяснений» – циклические, лишённые специфического конкретного содержания процессы

негативного селектирования информации; 3) «Анализ» – склонность подолгу анализировать прошлый негативный опыт; 4) «Переживание одиночества» – постоянное обдумывание и переживание своего одиночества;

2. Шкала Алекситимии (Toronto Alexithymia Scale, или TAS-20 – Taylor G.J. et al., 1985; адаптация Старостиной Е.Г. с соавторами, 2010) – направлена на диагностику трудностей осознания и выражения чувств и включает три подшкалы: 1) «Трудности идентификации чувств» (ТИЧ) – отражает наличие сложностей распознавания своего собственного эмоционального состояния; 2) «Трудности с описанием чувств другим людям» (ТОЧ) – отражает сложности, связанные с обсуждением эмоциональных состояний с другими людьми; 3) «Внешне-ориентированное (экстернальное) мышление» (ВОМ) – отражает ориентированный на внешние стимулы когнитивный стиль;

3. Опросник COPE (Carver C.S. et al., 1989; адаптация Гаранян Н.Г., Иванова П.А., 2010; Рассказова Е.И. и др., 2013) – направлен на диагностику продуктивных и непродуктивных копинг-стратегий и включает 15 шкал: 1) «Позитивное переопределение события и личностный рост» (восприятие стрессора в позитивном свете и его преодоление); 2) «Психическое избегание» (включение в различные виды деятельности для отвлечения от стрессогенного воздействия); 3) «Фокусировка на эмоциях и их вентилирование» (концентрация на переживаниях и выражении чувств); 4) «Использование инструментальной социальной поддержки» (поиск дополнительной информации, совета, помощи); 5) «Активный копинг» (активные действия по преодолению стрессовой ситуации); 6) «Отрицание» (отказ поверить в то, что стрессор существует на самом деле); 7) «Религиозный копинг» (обращение к Богу, молитвы); 8) «Использование юмора»; 9) «Поведенческое избегание» (отказ от любых действий по преодолению стрессора); 10) «Самоограничение» (предотвращение поспешности действий); 11) «Использование эмоциональной социальной поддержки» (поиск утешения, сопереживания, понимания); 12) «Употребление ПАВ» (алкоголя и наркотических веществ); 13) «Принятие» (принятие реальности стрессовой ситуации без активных действий по ее преодолению); 14) «Оттормаживание всех других занятий»

(откладывание всех других дел для полной концентрации на проблеме); 15) «Планирование совладания» (обдумывание шагов, которые следует предпринять для решения проблемы).

Для оценки выраженности дисфункций в интерперсональных отношениях как факторов хронификации суицидального поведения использовались:

1. Шкала Одиночества (Russell D. et al., 1980), методика находится в процессе валидизации, позволяет оценить выраженность субъективного ощущения одиночества и чувства социальной изоляции;

2. Тест Эмпатии (Davis M.H., 1983; адаптация Карягиной Т.Д., Кухтовой Н.В., 2016) – направлен на выявление различных типов эмпатии и состоит из четырех подшкал: 1) «Децентрация» (PT), направлена на измерение оценки индивидом своей склонности учитывать точку зрения других людей в повседневной жизни. Шкала оценивает тенденцию восприятия, понимания, принятия в расчет точки зрения, опыта другого человека; 2) «Сопереживание» (FS), отражает тенденцию к воображаемому перенесению себя в чувства и действия вымышленных героев книг, фильмов, спектаклей; 3) «Эмпатическая забота» (EC), оценивает тенденцию испытывать чувства теплоты, сострадания и беспокойства о других людях, выявляет «помогающее» отношение и симпатию к чьим-либо чувствам; 4) «Личностный, личный дистресс» (PD), позволяет выявить чувства неловкости и дискомфорта в реакции на эмоции других в ситуациях оказания помощи, в напряженном межличностном взаимодействии, при наблюдении переживаний других людей, при этом направленные, в отличие от эмпатической заботы, на себя. По данным многочисленных исследований, такие негативные чувства, чаще всего раздражения, тревоги, беспокойства, возникающие в связи со страданиями и переживаниями другого, ведут к стремлению избавиться от них любым путем – как проигнорировав чувства другого, так и оказав помощь, но не ради благополучия другого, а ради своего спокойствия.

Статистический анализ данных проводился с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 27.0. Для анализа различий между выборками с первичной и повторной суицидальной попытками по социодемографическим показателям были

использованы критерии хи-квадрат Пирсона для таблиц 2хn, а также точный критерий Фишера и хи-квадрат с поправкой на непрерывность для таблиц 2х2. Также для исследования равномерности распределения показателей по социодемографическим данным был использован критерий однородности хи-квадрат. Для исследования различий между выборками с первичной и повторной суицидальной попытками по психологическим факторам (личностным, когнитивным и интерперсональным) были использованы критерий Шапиро – Уилка для исследования нормальности распределений, а также непараметрический критерий Манна – Уитни для исследования значимости различий. Также были вычислены меры центральной тенденции (медианы) и квартили для каждого количественного параметра.

Критерии исключения: трудности заполнения методик ввиду выраженного когнитивно-мнестического снижения или ввиду языкового барьера, возраст до 18 лет, отказ от заполнения методик и прохождения тестирования, состояние психоза.

Описание групп. Основная группа (пациенты, совершившие повторные попытки суицида) – 59 человек, которые находились на лечении в токсикологическом и соматопсихиатрическом отделениях для хирургических больных НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, из них 43 женщины (73 %) и 16 мужчин (27 %). Все пациенты без интеллектуальных нарушений. Подавляющее большинство пациентов находилось в активном трудоспособном возрасте от 18 до 45 лет (92 % от общей выборки), однако больше половины из них не были трудоустроены: 36 человек (59 %). Холосты или никогда не состояли в браке 42 человека (71 %). В алкогольном опьянении при совершении суицидальной попытки находился 41 пациент (69 %). Большинство пациентов (83 %) не имели высшего образования: 17 человек – среднее образование; 25 человек – средне-специальное; 7 человек имели неоконченное высшее образование.

Группа сравнения (пациенты, совершившие первичную попытку суицида) – 60 человек, которые находились на лечении в токсикологическом и соматопсихиатрическом отделениях для хирургических больных НИИ СП

им. Н.В. Склифосовского, из них 34 женщины (57 %) и 26 мужчин (43 %). Все пациенты без интеллектуальных нарушений. Подавляющее большинство пациентов находилось в активном трудоспособном возрасте от 18 до 45 лет (91 % от общей выборки), однако больше половины из них не были трудоустроены: 36 человек (60 %). Значительное большинство были разведены или никогда не состояли в браке – 46 пациентов (76 %) и не имели высшего образования (70 %): 11 человек – среднее образование; 21 человек – средне-специальное; 10 человек имели неоконченное высшее образование. Также большинство пациентов при совершении суицидальной попытки находилось в алкогольном опьянении: 41 пациент (68 %).

3.3. Социодемографические характеристики и специфика суицидальных попыток у пациентов с хроническим суицидальным поведением

По результатам клинической беседы, анкетирования и анализа историй болезни 119 пациентов с суицидальными попытками, установлено, что большинство обследованных – женщины (55 % с первичными попытками суицида, 71 % – с повторными), мужчины составили 45 % с первичными попытками суицида, 29 % – с повторными.

Большинство пациентов из обеих групп не имели высшего образования, данный вид образования был лишь у 30 % пациентов с первичными попытками суицида, 16 % – с повторными. Чаще всего пациенты не состояли в браке либо были разведены (70 % пациентов с первичными попытками суицида, 80 % – с повторными). Чуть более половины пациентов из обеих групп не трудоустроены (60 % пациентов с первичными попытками суицида, 59 % – с повторными).

Таким образом, можно говорить о том, что такие социально-психологические характеристики, как невысокий уровень образования, сложность в построении доверительных отношений и одинокое проживание, характерны для данного контингента и могут повышать риск суицидального поведения.

Как видно из Таблицы 1, при сравнении соотношения мужчин и женщин с первичными и повторными попытками суицида по критерию хи-квадрат с поправкой Йетса выявлены различия на уровне тенденции между группами пациентов, совершивших первичную суицидальную попытку и повторную, по полу (хи-квадрат = 3,412; $p = 0,065$).

Таблица 1 – Характеристики у лиц с повторными суицидальными попытками и с первичной суицидальной попыткой в зависимости от возраста, пола и социального статуса

		Первичная суицидальная попытка, $N = 60$ (100 %)	Повторные суицидальные попытки, $N = 59$ (100 %)	Тест; p
Пол (ж/м)	Женский	33 (55 %)	42 (71 %)	хи-квадрат = 3,412; $p = 0,065$
	Мужской	27 (45 %)	17 (29 %)	
Возраст	15–25 лет	23 (38 %)	22 (37 %)	хи-квадрат = 3,890; $p = 0,274$
	26–35 лет	26 (44 %)	24 (41 %)	
	36–45 лет	6 (10 %)	9 (15 %)	
	46 лет и выше	5 (8 %)	4 (7 %)	
Образование	Высшее	18 (30 %)	10 (16 %)	хи-квадрат = 2,137; $p = 0,144$
	Неоконченное высшее	10 (17 %)	7 (12 %)	
	Среднее	11 (18 %)	18 (31 %)	
	Среднее специальное	21 (35 %)	24 (41 %)	
Занятость	Трудоустроен	24 (40 %)	24 (41 %)	хи-квадрат = 0,006; $p = 0,939$
	Не трудоустроен	36 (60 %)	35 (59 %)	
Семейное положение	Холост/разведен	42 (70 %)	47 (80 %)	хи-квадрат = 0,803; $p = 0,370$
	Замужем/женат/состоит в отношениях	18 (30 %)	12 (20 %)	

Пациенты с первой попыткой суицида чаще имеют высшее образование, чем пациенты с повторными попытками суицида (30 % против 16 %). Однако

статистически значимых различий между группами пациентов, совершивших первичную и повторные суицидальные попытки, по уровню образования обнаружено не было (хи-квадрат = 2,137; $p = 0,144$). Среди обеих групп пациентов больше тех, кто холост и разведен (70 % и 80 %), чем тех, кто замужем или женат (30 % и 20 %), однако между двумя выборками значимых различий получено не было (хи-квадрат = 0,803; $p = 0,370$) (см. Таблицу 1). Значимых различий между выборками с первичной и повторными суицидальными попытками по возрасту при сравнении с помощью критерия хи-квадрат Пирсона не обнаружено (хи-квадрат = 3,890; $p = 0,274$). Статистически значимых различий между группами с первичной и повторными суицидальными попытками по уровню занятости также обнаружено не было (хи-квадрат = 0,006; $p = 0,939$).

В Таблице 2 приведены причины совершения суицидальных попыток на основании клинической беседы с пациентами и их родственниками, анкетирования и анализа записей в историях болезни.

Таблица 2 – Причины совершения суицидальных попыток у лиц с повторными суицидальными попытками и с первичной суицидальной попыткой

Причины	Первичная суицидальная попытка, $N = 60$ (100 %)	Повторные суицидальные попытки, $N = 59$ (100 %)	Тест; p
Конфликт со значимым близким (конфликт с родителями, партнером, сиблингом, друзьями)	38 (64 %)	30 (51 %)	хи-квадрат = 0,941; $p = 0,332$
Сниженный фон настроения (проявление депрессивных симптомов, «просто стало грустно»)	12 (21 %)	19 (32 %)	хи-квадрат = 1,581; $p = 0,209$
Охваченность чувством одиночества и тревоги	5 (9 %)	7 (12 %)	хи-квадрат = 0,333; $p = 0,564$

Как видно из Таблицы 2, в обеих группах пациентов наиболее значимыми являются такие причины, как «конфликт со значимым близким» (64 % и 51 %), к данной категории относятся конфликты с родителями, партнером, сиблингом и

друзьями. Пациенты, совершившие повторные суицидальные попытки, чаще отмечали такие причины, как «сниженный фон настроения» («просто стало грустно»), чем пациенты с первой попыткой суицида (32 % против 21 %). Однако, как видно из Таблицы 2, статистически значимых различий между выборками по причинам суицидального поведения обнаружено не было.

Выводы по разделу 3.3

1. Повторные суицидальные попытки чаще совершают женщины, чем мужчины, выявлена тенденция к статистической значимости по данному показателю.

2. Пациенты с первичными и повторными суицидальными попытками чаще имеют среднее или средне-специальное образование.

3. Пациенты с первичными и повторными суицидальными попытками чаще не состоят в браке или разведены. Данные показатели могут говорить о трудностях в коммуникациях и, как следствие, переживании чувства одиночества и изолированности.

4. Пациенты с первичной и с повторными суицидальными попытками чаще всего отмечали такие причины суицида, как «конфликт со значимыми близкими» (конфликты с родителями, партнером, сиблингом и друзьями), что может свидетельствовать о трудностях в поддержании длительных доверительных контактов у данной категории пациентов.

3.4. Клинико-психологические факторы хронического суицидального поведения

3.4.1. Клинические факторы хронического суицидального поведения

По виду физической травмы были выделены следующие группы:

1. Колото-резаные ранения конечностей (X78);
2. Колото-резаные ранения головы, шеи, груди и живота (X78);
3. Странгуляционная асфиксия (X70);

4. Самоотравление (X61–X69);
5. Прыжок под движущийся объект (X81);
6. Огнестрельные ранения (X72–X74);
7. Укус (X83);
8. Самоповреждение пламенем (X76);
9. Прыжок с высоты (X80).

В Таблице 3 представлены данные о соотношении разных способов преднамеренного самоповреждения у пациентов с первичной и повторными суицидальными попытками.

Таблица 3 – Виды физической травмы (способы преднамеренного самоповреждения) у лиц с повторными суицидальными попытками и с первичной суицидальной попыткой

Виды физической травмы	Первичная суицидальная попытка, N = 60	Повторные суицидальные попытки, N = 59	Тест; p
Колото-резаные ранения конечностей (X78)	29 (48 %)	38 (64 %)	хи-квадрат = 1,209; p = 0,272
Колото-резаные ранения головы, шеи, груди и живота (X78)	5 (8 %)	7 (12 %)	хи-квадрат = 0,333; p = 0,564
Самоотравление (X61–X69)	17 (28 %)	14 (24 %)	хи-квадрат = 0,290; p = 0,590
Прочие виды физической травмы (прыжок с высоты, огнестрельные ранения, самоповреждения пламенем, асфиксия и др.)	9 (16 %)	0 (0 %)	применение статистического критерия некорректно

Как видно из Таблицы 3, у пациентов с первичной попыткой суицида более разнообразные способы нанесения травмы при попытке суицида: от колото-резных ранений предплечий до прыжка с высоты. У пациентов с повторными попытками суицида три вида самоповреждений (колото-резаные ранения конечностей; ранения головы, груди, шеи и живота; самоотравления). Пациенты с повторными суицидальными попытками чаще наносили себе колото-резанные ранения

конечностей (предплечий) (64 %) и колото-резаные ранения шеи, груди и живота (12 %), чем пациенты с первичной попыткой суицида (48 % и 8 % соответственно). Однако статистически значимых различий между выборками по распространенности тех или иных способов суицида обнаружено не было (см. Таблицу 3). Возможно, это обусловлено тем, что более редкие виды суицида мало представлены.

По ведущему психопатологическому расстройству были выделены следующие группы:

1. Аффективные расстройства: депрессивный эпизод (F32);
2. Расстройство адаптации, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43);
3. Расстройства личности: эмоционально-неустойчивого типа, диссоциальное, расстройство личности и поведения в связи с употреблением алкоголя, ПАВ (F60, F19.7);
4. Шизофрения и другие острые психозы, шизотипическое расстройство (F20–F25);
5. Органические заболевания ЦНС (F06).

В Таблице 4 представлены данные о соотношении различных клинических диагнозов у лиц с первой попыткой и повторными попытками суицида.

У группы с повторными попытками суицида более чем в два раза реже встречается диагноз «Расстройство адаптации» (17 % и 6 % соответственно). Примерно на 10 % чаще – диагноз «Расстройство личности» (56 % и 46 % соответственно).

Однако, как видно из Таблицы 4, статистически значимых различий по распространенности того или иного диагноза между выборками с первичной и повторной суицидальной попытками обнаружено не было.

Как видно из Таблицы 5, при сравнении выраженности симптомов тревоги и депрессии в группах пациентов с первичной и с повторными суицидальными попытками по критерию Манна – Уитни имеются статистически значимые различия по шкале депрессии А.Т. Веск ($p = 0,044$).

Таблица 4 – Психопатологические расстройства у лиц с повторными суицидальными попытками и с первичной суицидальной попыткой

Психиатрический диагноз	Первичная суицидальная попытка, N = 60	Повторные суицидальные попытки, N = 59	Тест; p
Аффективные расстройства: F32	16 (27 %)	18 (31 %)	хи-квадрат = 0,118; p = 0,732
Расстройство адаптации (расстройство приспособительных реакций: F43)	10 (17 %)	4 (6 %)	хи-квадрат = 2,571; p = 0,109
Шизофрения и другие острые психозы: F20, F21	5 (8 %)	4 (6 %)	хи-квадрат = 0,111; p = 0,739
Расстройства личности: F60, F60.2, F19.7	28 (46 %)	33 (56 %)	хи-квадрат = 0,410; p = 0,522
Органические заболевания ЦНС: F06	1 (2 %)	0 (0 %)	применение статистического критерия некорректно

Таблица 5 – Выраженность симптомов тревоги и депрессии при первичной суицидальной попытке и повторных суицидальных попытках (Шкала депрессии А.Т. Векс; Шкала тревоги А.Т. Векс, критерий Манна – Уитни)

Шкалы	Mdn [Q1; Q2]		U Манна – Уитни	Уровень значимости
	Суицид в прошлом			
	Нет (N = 60)	Да (N = 59)		
Шкала депрессии А.Т. Векс	9 [5; 17,5]	13,0 [5; 26]	1281,5	0,044*
Шкала тревоги А.Т. Векс	11 [3; 20]	11,5 [3,75; 27]	1452,0	0,127

Примечание – *значимость на уровне $p < 0,05$.

В Таблице 6 более детально отражены данные Шкалы депрессии А.Т. Векс о тяжести симптомов депрессии в двух сравниваемых группах. Группа пациентов, совершавших повторные суицидальные попытки, почти в четыре раза чаще отмечала у себя симптомы тяжелой депрессии, чем пациенты с первичной попыткой суицида (29 % против 8,3 %).

Таблица 6 – Выраженность симптомов депрессии при первичной суицидальной попытке и повторных суицидальных попытках (Шкала депрессии А.Т. Веck)

Распределение пациентов в зависимости от количества попыток суицида и симптомов депрессии	Отсутствие депрессивных симптомов	Симптомы легкой депрессии	Симптомы умеренной депрессии	Симптомы тяжелой депрессии	Тест; p
Первичная суицидальная попытка (N = 60)	42 (70 %)	5 (8,3 %)	8 (13,4 %)	5 (8,3 %)	хи-квадрат – 9,507; p = 0,020*
Повторные суицидальные попытки (N = 59)	28 (47,5 %)	5 (8,5 %)	9 (15 %)	17 (29 %)	

Примечание – *значимость на уровне $p < 0,05$.

Как видно из Таблицы 6, пациенты с первичной попыткой суицида чаще отмечали у себя отсутствие депрессивных симптомов (70 % против 47,5 %).

При сравнении показателей с помощью критерия хи-квадрат Пирсона были установлены статистически значимые различия между группами пациентов, совершивших первичную суицидальную попытку и повторную (хи-квадрат = 9,507; $p = 0,020$).

В Таблице 7 приводятся данные Шкалы тревоги А.Т. Веck относительно выраженности симптомов тревоги в двух сравниваемых группах.

Как видно из Таблицы 7, пациенты, совершившие более одной попытки суицида, несколько чаще отмечают у себя высокий уровень тревоги, чем пациенты с первичной попыткой суицида (12 % против 3 %), однако статистически значимых различий по степени выраженности тревоги обнаружено не было (хи-квадрат = 3,283; $p = 0,178$).

В обеих группах чаще всего отмечается незначительный уровень тревоги. Данные показатели по шкалам депрессии и тревоги Бека свидетельствуют о нарастании психопатологической симптоматики по мере совершения повторных суицидальных попыток. Возникновение симптомов тревоги и депрессии может быть следствием дезадаптивных личностных черт и отсутствия адаптивных копинг-стратегий, вместо которых пациенты совершают повторные суицидальные действия.

Таблица 7 – Выраженность симптомов тревоги при первичной суицидальной попытке и повторных суицидальных попытках (Шкала тревоги А.Т. Веck)

Распределение пациентов в зависимости от количества попыток суицида и симптомов тревоги	Незначительный уровень тревоги	Средний уровень тревоги	Высокий уровень тревоги	Тест; p
Первичная суицидальная попытка (N = 60)	46 (77 %)	12 (20 %)	2 (3 %)	хи-квадрат = 3,283; p = 0,178
Повторные суицидальные попытки (N = 59)	39 (66 %)	13 (22 %)	7 (12 %)	

В Таблице 8 приведены данные субъективной оценки той или иной степени готовности к повторному совершению суицида у пациентов двух рассматриваемых групп.

Таблица 8 – Наличие суицидальных мыслей и намерений после совершения первичной суицидальной попытки и после повторных суицидальных попыток (Шкала депрессии А.Т. Веck)

Распределение пациентов в зависимости от количества попыток суицида и выраженности суицидальных мыслей и намерений	«У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой»	«У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не делаю»	«Я хотел бы покончить жизнь самоубийством»	«Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай»	Тест; p
Первичная суицидальная попытка (N = 60)	45 (75 %)	10 (16,7 %)	3 (5 %)	2 (3,3 %)	хи-квадрат = 6,920; p = 0,074
Повторные суицидальные попытки (N = 59)	32 (54,2 %)	13 (22,1 %)	10 (16,9 %)	4 (6,8 %)	

Как видно из Таблицы 8, та или иная степень суицидальной готовности (мысли, намерения, готовность при удобном случае) почти вдвое чаще встречается у пациентов с повторными попытками суицида – 46 % против 25 % при однократной попытке.

При сравнении показателей с помощью *критерия хи-квадрат Пирсона* были установлены на уровне тенденции статистически значимые различия между группами пациентов, совершивших первичную и повторную суицидальную попытку, по выраженности суицидальной готовности (хи-квадрат = 6,920; $p = 0,074$).

Таким образом, суицидальные попытки чаще совершались пациентами с установленными диагнозами «Расстройство личности» и «Аффективные расстройства». Основными видами травм при совершении попыток суицида были колото-резаные ранения конечностей и попытки самоотравления. Пациенты с повторными суицидальными попытками чаще отмечали у себя симптомы депрессии и суицидальную направленность, чем пациенты с первичной попыткой суицида, что подтверждает исследования о том, что первая попытка суицида является важным фактором, повышающим риск дальнейших суицидальных попыток.

3.4.2. Личностные факторы хронического суицидального поведения

Сравнивались показатели выраженности дезадаптивных личностных черт в виде перфекционизма, нарциссизма и дисфункциональных убеждений при ПРЛ у лиц с первичной попыткой суицида и повторными суицидальными попытками.

Из Таблицы 9 видно, что выявлены статистически значимые различия по опроснику дисфункциональных убеждений при ПРЛ по общему баллу и по всем трем подшкалам по критерию Манна – Уитни.

Статистически значимые различия между группами пациентов с первичной и повторными попытками суицида выявлены по шкалам: «Недоверие», отражающей ожидание эксплуатации, не порядочности, предательства со стороны других людей ($p = 0,006$); «Зависимость», отражающей представление о беспомощности без постоянной поддержки со стороны других людей ($p = 0,011$); «Защита», отражающей необходимость предупредительных действий по предотвращению возможной эксплуатации или отвержения; также отражает мнение о себе как о недостойном любви ($p = 0,015$).

Таблица 9 – Выраженность дезадаптивных личностных черт при первичной суицидальной попытке и повторных суицидальных попытках (Опросник дисфункциональных убеждений при ПРЛ)

Шкалы	Mdn [Q1; Q2]		U Манна – Уитни	Уровень значимости
	Суицид в прошлом			
	нет (N = 60)	да (N = 59)		
Общий балл PBQ-BPD	17 [11,75; 24]	23 [14,75; 33,5]	1165,5	0,004*
PBQ-BPD: «Недоверие»	8 [4; 11]	10,5 [7; 14]	1181,5	0,006*
PBQ-BPD: «Зависимость»	4 [2; 5,25]	6 [2,75; 9]	1225	0,011*
PBQ-BPD: «Защита»	4,5 [3; 8]	7 [4; 10]	1244,5	0,015*

Примечание – *значимость на уровне $p < 0,05$.

Трудности регуляции аффекта, склонность быть включенным в напряженные отношения, переживание мнимой или реальной угрозы отношений, ожидание предательства или отвержения, непорядочности со стороны близких людей и склонность к импульсивному прерыванию отношений «на опережение» больше выражены у пациентов с повторными суицидальными попытками.

Как видно из Таблицы 10, статистически значимые отличия между пациентами с первичной и повторными попытками суицида выявлены в опроснике перфекционизма.

Статистически значимые различия были установлены как по «Общему баллу перфекционизма» ($p = 0,034$), так и по двум подшкалам – «Озабоченность оценками» ($p = 0,001$) и «Негативное селектирование, жизнь в режиме сравнения» ($p = 0,017$). «Озабоченность оценками» в современной типологии перфекционизма соответствует наиболее деструктивному типу – социально предписываемому перфекционизму.

Социально предписанный перфекционизм включает внешнюю мотивацию совершенства, то есть убежденность, что другие люди ожидают от индивида совершенства, и необходимость соответствия их ожиданиям. Только выполнение этих невозможных требований, по его мнению, может гарантировать принятие, любовь, чувство принадлежности к группе и предупредить отвержение и

заброшенность. В случае же невыполнения этих ожиданий, например при совершении ошибок, промахов, затруднениях в деятельности, запускаются переживания безнадежности и беспомощности.

Таблица 10 – Выраженность разных аспектов перфекционизма при первичной суицидальной попытке и повторных суицидальных попытках (Трехфакторный опросник перфекционизма)

Шкалы	Mdn [Q1; Q2]		U Манна – Уитни	Уровень значимости
	Суицид в прошлом			
	нет (<i>N</i> = 60)	да (<i>N</i> = 59)		
«Общий балл перфекционизма»	36 [29; 43]	41 [30; 51]	1323	0,034*
«Озабоченность оценками»	11 [7; 16]	15 [11; 20,25]	1097,5	0,001*
«Высокие стандарты»	15 [12; 16]	13 [10; 16]	1373	0,064
«Негативное селектирование, жизнь в режиме сравнения»	10 [7; 14]	14 [7; 17,25]	1274,5	0,017*

Примечание – *значимость на уровне $p < 0,05$.

Шкала «Негативное селектирование и жизнь в режиме сравнения» включает в себя фиксацию на собственных ошибках и склонность к неблагоприятным сравнениям с достижениями других людей. Пациенты с повторными суицидальными попытками более склонны фиксировать внимание на своих неудачах и собственном несовершенстве. Отличие статистически значимых различий выявлены в подшкале «Высокие стандарты» (Я-адресованный перфекционизм), что подтверждается другими исследованиями, ставящими под сомнение деструктивность данного вида перфекционизма (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Цацулин Т.О., 2019; Stoeber J., Madigan D.J. et al., 2020). Так, в недавнем исследовании было доказано, что показатели по шкале высоких стандартов деятельности (Я-адресованный перфекционизм) прямо и значимо связаны с общим баллом самооффективности, то есть высокие требования к себе могут основываться на вере в свои силы справляться со сложными задачами и на активной осознанной позиции в учебной деятельности (Цацулин Т.О., Холмогорова А.Б., 2024).

Таким образом, озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними (социально предписанный перфекционизм) и склонность к фиксации на неудачах являются личностными факторами совершения повторных попыток суицида. Данные два вида перфекционизма связаны симптомам тревоги и депрессии. Шкала «Высокие стандарты», описывающая Я-адресованный перфекционизм, наоборот, связана с верой в себя и самоэффективностью, но имеет противоположную направленность у лиц с повторными попытками суицида. При сравнении показателей гиперсензитивного нарциссизма у пациентов с первичной и повторными попытками суицида по критерию Манна – Уитни были выявлены статистически значимые различия. Уровень гиперсензитивного нарциссизма выше у пациентов, совершивших повторные суицидальные попытки, по сравнению с совершившими суицидальную попытку впервые ($p = 0,011$) (см. Таблицу 11).

Таблица 11 – Выраженность нарциссизма при первичной суицидальной попытке и повторных суицидальных попытках (Шкала гиперсензитивного нарциссизма)

Шкалы	Mdn [Q1; Q2]		U Манна – Уитни	Уровень значимости
	Суицид в прошлом			
	нет ($N = 60$)	да ($N = 59$)		
Нарциссизм	27 [24; 32,75]	32 [26; 37]	1173,5	0,011*

Примечание – *значимость на уровне $p < 0,05$.

Лица с гиперсензитивным нарциссизмом, в отличие от грандиозного типа, склонны испытывать чувство вины и тревоги, неуверенности в себе, что мешает удовлетворению потребности в самореализации и провоцирует аутоагрессивное поведение. Данные пациенты чаще используют стратегию подавления эмоций и чаще страдают от трудностей эмоциональной регуляции, что может быть связано с чувством недоверия и ожидания, что другие люди «могут воспользоваться проявлением эмоций и слабостями» пациента. Сочетание недоверия с чувством неуверенности в себе и тревоги может провоцировать пациентов скрывать свои

эмоции, не делиться ими с окружающими и, тем самым, препятствовать их способности запрашивать поддержку.

3.4.3. Поведенческие и когнитивные факторы хронического суицидального поведения

В исследовании сравнивались показатели выраженности дезадаптивного когнитивно-поведенческого стиля в виде руминаций, алекситимии и стратегий совладания у пациентов с первичной и повторными попытками суицида при помощи критерия Манна – Уитни.

Статистически значимые различия между двумя группами выявлены как по общему баллу ($p = 0,008$), так и по подшкалам опросника руминативного мышления: «Анергия» ($p = 0,002$) и «Переживание одиночества» ($p = 0,003$) (см. Таблицу 12).

Таблица 12 – Выраженность руминаций у пациентов после первичной суицидальной попытки и повторных суицидальных попыток (Шкала руминаций)

Шкалы	Mdn [Q1; Q2]		U Манна – Уитни	Уровень значимости
	Суицид в прошлом			
	нет ($N = 60$)	да ($N = 59$)		
Общий балл руминации	40 [32; 50,25]	51 [36; 63]	1087,000	0,008*
Руминации: «Анергия»	12 [9,75; 15,25]	15 [11; 21]	1026,000	0,002*
Руминации: «Поиск глобальных объяснений»	9 [7; 12,25]	11 [8; 15,5]	1232,000	0,069
Руминации: «Анализ»	6 [5; 7]	7 [5; 9]	1267,000	0,105
Руминации: «Переживание одиночества»	7 [4,5; 9]	6 [4; 7]	1033,500	0,003*

Примечание – *значимость на уровне $p < 0,05$.

Данные шкалы отражают такие феномены, как фиксацию внимания на своих депрессивных симптомах и постоянное обдумывание и переживание своей

изолированности от других. Полученные данные хорошо соотносятся с концепцией E. Watkins, доказывающей деструктивный характер руминативного мышления как фактора хронификации депрессии, а также с концепцией O'Connor R.C. о руминативном мышлении как факторе риска суицида (Miranda R., Nolen-Hoeksema S., 2007; Watkins E.R., 2009; Акименко А.К., 2016; O'Connor R.C., Portzky G., 2018).

Данные методики алекситимии, измеряющие выраженность неадаптивного когнитивного стиля, способствующего нарушениям эмоциональной регуляции, представлены в Таблице 13.

Таблица 13 – Выраженность показателей алекситимии при первичной суицидальной попытке и повторных суицидальных попытках (Шкала алекситимии)

Шкалы	Mdn [Q1; Q2]		U Манна – Уитни	Уровень значимости
	Суицид в прошлом			
	нет (N = 60)	да (N = 59)		
Алекситимия: «ТИЧ»	15,5 [10; 20,25]	19 [12,5; 25]	1245,000	0,022*
Алекситимия: «ТОЧ»	11 [9; 16,25]	16 [11; 18]	1196,000	0,010*
Алекситимия: «ВОМ»	18,5 [14; 22]	18 [15; 21]	1631,500	0,904
Общий балл «Алекситимии»	45,5 [36,75; 55,25]	53 [41; 63]	1260,500	0,028*

Примечание – *значимость на уровне $p < 0,05$.

Как видно из вышеуказанной таблицы, выявлены статистически значимые различия между пациентами с первичной и повторными попытками суицида по критерию Манна – Уитни как по суммарному баллу шкалы «Алекситимия» ($p = 0,028$), так и по двум подшкалам – «Трудности идентификации чувств» ($p = 0,002$) и «Трудности с описанием чувств другим людям» ($p = 0,010$). Различия в склонности фокусировать внимание на внешних стимулах и ситуациях, а не на внутренних состояниях, не отмечаются. Трудности в определении эмоций и описании их другим людям преобладают у лиц с повторными попытками суицида. Они ведут к накоплению негативных эмоций, нарушению эмоциональной саморегуляции и импульс-контроля, что, в свою очередь, повышает риск совершения повторных суицидальных действий.

В Таблице 14 представлены различия в выборе поведенческих стратегий совладания со стрессом у пациентов с однократными попытками суицида и хроническим суицидальным поведением.

Таблица 14 – Выраженность различных стратегий совладания у пациентов, совершивших первичную суицидальную попытку и повторные суицидальные попытки (Опросник COPE)

Шкалы	Mdn [Q1; Q2]		U Манна – Уитни	Уровень значимости
	Суицид в прошлом			
	нет (N = 60)	да (N = 59)		
«Позитивное переопределение события и личностный рост»	10,5 [9; 12]	11 [9; 13]	1495,500	0,464
«Психическое избегание»	8 [10; 12]	10 [8; 11]	1147,000	0,006*
«Фокусировка на эмоциях и их вентилирование»	9 [6; 10,75]	10 [7,75; 11]	1334,500	0,099
«Использование инструментальной социальной поддержки»	10 [8; 12]	11,5 [8; 13]	1419,500	0,244
«Активный копинг» (активные действия по преодолению стрессовой ситуации)	11 [10; 12,75]	11 [9; 12,25]	1513,500	0,528
«Отрицание»	7 [5; 8,75]	8 [6; 9,25]	1285,000	0,052
«Религиозный копинг»	4 [4; 8]	4,5 [4; 8]	1594,000	0,854
«Использование юмора»	7 [5; 9]	8 [6,75; 11]	1245,000	0,030*
«Поведенческое избегание»	6 [4; 8]	7,5 [6; 10]	1121,500	0,004*
«Самоограничение»	10 [8; 11]	10 [9; 11]	1512,000	0,520
«Использование эмоциональной социальной поддержки»	11 [9; 12]	11 [9; 13]	1591,500	0,853
«Употребление ПАВ»	5,5 [4; 8]	7 [4; 10]	1258,500	0,033*
«Принятие»	10 [9; 12]	11 [9; 13]	1405,000	0,211
«Оттормаживание всех других занятий»	9 [8; 11]	9 [8; 11]	1558,500	0,707
«Планирование совладания»	11 [9; 12]	11 [9; 12,25]	1608,500	0,927

Примечание – *значимость на уровне $p < 0,05$.

Как видно из данной таблицы, статистически значимые различия между группами отмечаются в таких стратегиях совладания со стрессом, как «Поведенческое избегание» ($p = 0,004$) и «Психическое избегание» ($p = 0,006$), «Употребление ПАВ» ($p = 0,033$) и «Использование юмора» ($p = 0,030$).

Данные стили совладания со стрессом относятся к избегающему стилю поведения – стратегии отрицания проблемы, поведенческого ухода от ее решения и стратегии концентрации на негативных эмоциях (вентиляция эмоций), что сходно с руминированием.

Показатель подшкалы «Использование юмора» имеет значимое различие между группами, что может свидетельствовать об избегающем стиле совладания со стрессом – дистанцирование в виде юмора, зачастую черного, вместо поиска путей решения возникших проблем.

Избегающий стиль совладания препятствует решению проблем, приводит к их накоплению, чувству собственной беспомощности и безнадежности, что может повышать риск повторных суицидальных попыток.

3.4.4. Интерперсональные факторы хронического суицидального поведения

В исследовании сравнивались показатели выраженности переживания одиночества и выраженности эмпатии у лиц с первичной попыткой суицида и повторными суицидальными попытками при помощи критерия Манна – Уитни.

Как видно из Таблицы 15, статистически значимые различия между группами отмечаются в шкале «Одиночество» ($p = 0,025$). Уровень переживания пациентами чувства одиночества и социальной изоляции выше у пациентов с повторными суицидальными попытками, что подтверждается теорией суицида Т.Е. Joiner, где чувство одиночества и «фрустрированная прерванная принадлежность» являются одними из ведущих факторов суицидальных попыток. Чувство одиночества, в свою очередь, тесно связано с социальной изоляцией и депрессивной симптоматикой. Так, многие авторы описывают чувство одиночества как недостаток социальных контактов или как мнимое или реальное

отсутствие тесных связей со значимыми другими. При увеличении числа суицидальных попыток может нарастать психопатологическая симптоматика в виде трудностей построения долгосрочных отношений, неспособности просить о помощи и говорить о своих эмоциях, что приводит к социальной изоляции.

Таблица 15 – Выраженность одиночества при первичной суицидальной попытке и повторных суицидальных попытках (шкала «Одиночество», критерий Манна – Уитни)

Шкалы	Mdn [Q1; Q2]		U Манна – Уитни	Уровень значимости
	Суицид в прошлом			
	нет (N = 60)	да (N = 59)		
«Одиночество»	36 [30; 45,75]	40 [33; 55]	1206,5	0,025*

Примечание – *значимость на уровне $p < 0,05$.

Как видно из Таблицы 16, выявлено отсутствие значимых различий в шкале «Эмпатия». Однако можно говорить о тенденции к значимым различиям у шкалы «Эмпатия PD» ($p = 0,072$), которая отражает уровень эмпатического дистресса. Пациенты с повторными суицидальными попытками сложнее справляются с переживаниями негативных эмоций окружающих людей.

Таблица 16 – Выраженность эмпатии при первичной суицидальной попытке и повторных суицидальных попытках (Тест эмпатии, критерий Манна – Уитни)

Шкалы	Mdn [Q1; Q2]		U Манна – Уитни	Уровень значимости
	Суицид в прошлом			
	нет (N = 60)	да (N = 59)		
«Общий балл эмпатии»	60 [52,75; 71]	62 [56; 73]	1505,5	0,330
«Эмпатия PT»	16 [12,75; 18]	16 [12,75; 20,25]	1601,5	0,655
«Эмпатия FS»	15 [12; 19]	16,5 [13; 21]	1490,5	0,178
«Эмпатия EC»	17 [14; 21]	17,5 [14; 20]	1509	0,338
«Эмпатия PD»	12 [8; 15]	13 [10; 18]	1356,5	0,072

Данный факт свидетельствует о чувствах, возникающих при восприятии чувств другого. Ответные реакции могут быть как аналогичными чувствам другого человека (они являются прямым сопереживанием, чувствованием тех же чувств, что у другого), так и параллельными чувствами, например, когда негативные эмоции других людей (боль или горе) вызывают раздражение, тревогу и стремление избежать общения, в отличие от сочувствия и желания утешить, помочь. Таким образом, неспособность отделять свои эмоции от чужих, дифференцировать эмоции выше у пациентов с повторными попытками суицида.

Выводы по разделу 3.4

1. У пациентов с первичными попытками суицида более разнообразные способы самоповреждений. Пациенты с повторными попытками суицида чаще наносили себе колото-резанные ранения конечностей (предплечий) и колото-резанные ранения шеи, груди и живота. У данной группы пациентов самоповреждения могут быть устойчивым способом регуляции эмоций или перенесения стресса.

2. Пациенты с первичными суицидальными попытками и повторным суицидальным поведением чаще имеют такие диагнозы, как личностные и аффективные расстройства.

3. Группа пациентов, совершавших повторные суицидальные попытки, чаще отмечала у себя симптомы депрессии, чем пациенты с первичной попыткой суицида.

4. Степень суицидальной готовности (мысли, намерения, готовность при удобном случае покончить с собой) чаще встречается у пациентов с повторными попытками суицида, чем у пациентов с первичной суицидальной попыткой, что свидетельствуют о нарастании тяжести психопатологической симптоматики при хронификации суицидального поведения.

5. У пациентов с хроническим суицидальным поведением значимо более выражены такие дисфункциональные личностные черты, как гиперсензитивный нарциссизм, социально предписываемый перфекционизм и негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве. Чаще отмечается

наличие дисфункциональных убеждений (склонность быть включенным в напряженные отношения, переживание мнимой или реальной угрозы отношений; склонность к импульсивному прерыванию отношений «на опережение»; ощущение беспомощности без постоянной поддержки).

6. У пациентов с хроническим суицидальным поведением преобладают дезадаптивный когнитивный стиль и дезадаптивные способы решения проблем: руминации (склонность постоянно возвращаться к анализу прошлых ошибок и неудач); алекситимия (трудности осознания, описания своих чувств и их дифференциации); избегающие копинг-стратегии.

7. У пациентов с хроническим суицидальным поведением преобладают дисфункции в интерперсональных отношениях: такие пациенты чаще склонны испытывать переживания своей изолированности от других людей; уровень эмпатического дистресса при наблюдении за негативными эмоциями других людей выше у пациентов с повторными суицидальными попытками, чем у лиц с первичной попыткой суицида.

3.5. Мишени профилактики повторных суицидальных попыток

Профилактика хронического суицидального поведения является одним из самых сложных видов медико-психологической и социальной помощи (Семке В.Я., 1988; Положий Б.С., 2010). Своевременное выявление, более глубокое понимание и систематизация многочисленных факторов суицидального поведения имеют решающее значение для разработки адекватной и целенаправленной профилактики и предотвращения повторных попыток суицида и его хронификации. Опираясь на био-психо-социальную модель аффективного спектра, можно выделить следующие мишени медико-социально-психологической помощи пациентам после повторных попыток суицида: социодемографические мишени помощи, клинические и психологические мишени помощи (Холмогорова А.Б., 2002).

В настоящее время большинство пациентов, госпитализирующихся в скорпомощные стационары после первичной попытки суицида, не имеют

возможности получить полноценную медико-социально-психологическую помощь. Данные пациенты после выписки из медицинского учреждения остаются без должного внимания и наблюдения в связи с незнанием или нежеланием и страхом обращаться в государственные психиатрические учреждения за помощью. В связи с вышеперечисленными причинами пациенты зачастую остаются без помощи после попытки суицида, что повышает риск повторных суицидальных действий и хронификации данной модели поведения (Зубарева О.В., Черная М.И., Леонова П.В., 2014). По результатам проведенного исследования, особое внимание важно уделить пациентам, имеющим средний и средне-специальный уровень образования, нетрудоустроенным, находящимся в трудных жизненных условиях, страдающим зависимостями, женщинам и мужчинам работоспособного возраста. Мишенями работы с данными пациентами могут быть повышение уровня психообразования, снижение стигматизации понятия суицидального поведения, нормализация обращения данного контингента населения за психолого-психиатрической помощью. Так, например, в настоящее время проходит все больше «фестивалей здоровья», дней открытых дверей в клиниках, где выступают психологи и психиатры, рассказывающие о видах лечения и профилактики психических расстройств.

Клинической мишенью профилактики хронификации суицидального поведения является образование мультидисциплинарных бригад в отделениях психиатрического, наркологического и хирургического плана для ведения пациентов с такими диагнозами, как личностные расстройства (в особенности ПРЛ), аффективные расстройства (в частности БАР) и коморбидные с данными диагнозами расстройства (Коробейников И.А., Бабкина Н.В., 2017; Фесенко Ю.А., Холмогорова А.Б., 2017; Суботич М.И., Рахманина А.А., Рой А.П. и др., 2018; Прохоров А.С., Кривоклякина А.В., Суботич М.И. и др., 2019).

Особое внимание стоит уделить пациентам после суицидальной попытки или с суицидальными попытками и эпизодами самоповреждений в анамнезе (вне зависимости от давности попытки суицида/самоповреждения). В данной бригаде важно наличие как врача-хирурга, так и врача-психиатра, и психолога. Для

скрининга суицидального риска важно использовать шкалы депрессии и тревоги А.Т. Веck и шкалу PBQ-BPD (для выявления симптомов ПРЛ). Комплексный подход к лечению поможет всесторонне принять и адаптироваться к своему заболеванию, спланировать дальнейшие пути реабилитации после выписки из стационара. Так, например, психообразование, разъяснение причин возникновения суицидального поведения, истории возникновения психического расстройства (если таковое имеется) и разъяснение возможных дальнейших путей получения помощи могут значительно снизить риск хронификации суицидального поведения и повторного попадания в стационары.

Психологической мишенью профилактики хронификации суицидального поведения является внимательное отношение к пациентам с суицидальной попыткой или эпизодами самоповреждений в анамнезе, пациентам с трудностями в межличностных коммуникациях (конфликтами в родительской или партнерской семье), имеющим травматический прошлый опыт (абузивные отношения). Наличие дезадаптивных личностных черт, таких как перфекционизм, нарциссизм, импульсивность, трудности в построении доверительных отношений, часто выступает важным предиктором хронификации суицидального поведения. При проведении психотерапии с целью профилактики повторных попыток важно обращать внимание на выраженность руминативного мышления, алекситимии и дезадаптивных копинг-стратегий по типу избегания, а также переживание чувства одиночества и уровень социальной дезадаптации. В настоящее время активно используется КБТ для профилактики самоубийств. Данный подход был разработан для снижения риска и предотвращения рецидивов суицида и теоретически обоснован принципами КБТ и ДБТ.

Выделенные направления психологической помощи могут быть реализованы в следующих форматах работы:

1. Индивидуальная психологическая работа с пациентами после первичной и повторных попыток суицида (или с эпизодами самоповреждений в прошлом) с учетом всех выделенных в исследовании и сформулированных выше факторов риска повторных попыток;

2. Групповая психологическая работа с пациентами после первичной и повторных попыток суицида. В данной работе следует опираться на тренинг навыков, созданный М. Linehan, включающий в себя работу с эмоциональной регуляцией, адаптивными способами решения проблем и переживания дистресса, а также направленную на улучшение навыков межличностного взаимодействия;

3. Работа с ближайшим окружением пациентов после первичной и повторных попыток суицида. Данная работа включает в себя как уважительное взаимодействие врача-хирурга, врача-психиатра с родственниками пациентов, так и проведение индивидуальных и групповых встреч родственников пациентов, совершивших попытки суицида. Так, например, можно опираться на модель ДБТ при работе с родственниками суицидентов «Family Connection», включающую в себя психообразование, развитие навыков валидации и межличностных коммуникаций.

Таким образом, внедрение в скорпомощные и психиатрические стационары индивидуальных психологических консультаций, психообразования и тренинга навыков в подходах ДБТ и КБТ, а также создание групп помощи родственникам суицидентов являются одними из важнейших превентивных методов хронификации суицидального поведения.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

С помощью анализа имеющихся теоретических и эмпирических данных хроническое суицидальное поведение можно определить как устойчивые повторяющиеся аутоагрессивные действия, выступающие в виде способов совладания с аффектом, сильными негативными эмоциями (такими как грусть, одиночество, гнев, недовольство собой, самоуничижение), возникающие вследствие дефицита навыков переработки стресса и эмоциональной саморегуляции, а также отсутствия опыта надежной привязанности в семье и социальной поддержки. В основу исследования факторов хронификации суицидального поведения была взята многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра. Модель включает в себя макросоциальные, личностные, семейные и интерперсональные факторы (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 1998; Холмогорова А.Б. и др., 2010; Холмогорова А.Б., 2011).

В данной работе к социодемографическим и макросоциальным факторам были отнесены пол, возраст, образование, место проживания, социальное положение, религиозность, доступность психологической помощи.

В качестве клинических факторов рассматривались наличие психиатрических диагнозов, уровень тревоги и депрессии, а также суицидальная готовность (наличие суицидальных мыслей и намерений).

В качестве психологических факторов рассматривались дезадаптивные личностные черты в виде пограничных черт личности, нарциссизма и перфекционизма, наличие дезадаптивного когнитивного стиля с выраженными алекситимией и руминативным мышлением, дезадаптивными стратегиями совладания и также трудностями в интерперсональной сфере в виде переживания одиночества и эмпатического дистресса.

Для изучения данных факторов были обследованы две группы пациентов: 1) с первичной попыткой суицида; 2) с повторными попытками суицида.

В ходе исследования факторов хронического суицидального поведения были получены следующие результаты.

1. Социодемографические характеристики и специфика суицидальных попыток у пациентов с хроническим суицидальным поведением

По результатам клинической беседы, анкетирования и анализа историй болезни 119 пациентов с суицидальными попытками установлено, что большинство обследованных – женщины (55 % с первичными попытками суицида, 71% – с повторными), мужчины составили 45 % с первичными попытками суицида, 29 % – с повторными. При сравнении соотношения мужчин и женщин с первичными и повторными попытками суицида по критерию хи-квадрат Пирсона выявлены различия на уровне тенденции между группами пациентов, совершивших первичную суицидальную попытку и повторные, по полу (хи-квадрат = 3,412; $p = 0,065$). Вокруг темы различий в зависимости от пола у лиц с суицидальными попытками существуют разногласия, некоторые авторы отмечают отсутствие различий между мужчинами и женщинами по частоте суицидальных попыток (Qin P. et al., 2000; Leske S. et al., 2020). Другие авторы считают женский пол фактором риска суицидальной попытки (Michaud L. et al., 2021). Стоит отметить, что данные разногласия могут возникать из-за более редкого обращения мужчин за помощью (Leske S. et al., 2020). По этой же причине мужчины реже получают лечение, что может приводить к хронификации психических расстройств и суицидального поведения (Docherty A.R. et al., 2020). Стоит отметить, что завершённые суицидальные попытки с более brutальными способами самоубийства совершают чаще мужчины (Fehling K.V., Selby E.A., 2021). Однако повторные, незавершённые попытки суицида, наоборот, чаще совершают женщины и мужчины молодого возраста (Michaud L. et al., 2021). Это может быть связано с тем, что женщины более склонны наносить незначительные травмы без летального исхода.

Значимых различий между выборками с первичной и повторными суицидальными попытками по возрасту при сравнении с помощью точного критерия хи-квадрат Фишера не было выявлено (хи-квадрат = 3,890; $p = 0,274$). Однако, по многочисленным исследованиям, есть данные о том, что чаще повторные суицидальные попытки совершает именно трудоспособное население

(McDaid D. et al., 2019; Суботич М.И., Холмогорова А.Б., 2023). Однократные и завершённые попытки суицида в основном совершают лица более пожилого возраста (Hawton K. et al., 2015; Соловьев А.Г. и др., 2016). Полученные данные свидетельствуют о необходимости не только рассмотрения психологического и демографического аспектов данной проблемы, но и анализа ее как фактора, обуславливающего существенный экономический ущерб вследствие ранней смертности и потерь продуктивных лет жизни (Любов Е.Б. и др., 2012).

Пациенты с первой попыткой суицида чаще имеют высшее образование, чем пациенты с повторными попытками суицида (30 % против 16 %). Однако статистически значимых различий между группами пациентов, совершивших первичную и повторные суицидальные попытки, по уровню образования обнаружено не было ($\chi^2 = 2,137$; $p = 0,144$). Уровень безработицы имеет практически одинаковые значения у пациентов, совершивших первичные и повторные суицидальные попытки, и составляет 61 % от общей выборки. Статистически значимых различий между группами с первичной и повторными суицидальными попытками по уровню занятости обнаружено не было ($\chi^2 = 0,006$; $p = 0,939$). Полученные данные соотносятся с многочисленными исследованиями, доказывающими, что низкий доход и безработица являются факторами риска возникновения повторных суицидальных попыток (Crowell S.E. et al., 2009; Чёрная М.И. и др., 2016). Высшее образование может быть защитным фактором в отношении суицидального поведения, в том числе из-за связанного с ним увеличения дохода (Oexle N. et al., 2018). Таким образом, была еще раз подтверждена необходимость уделять особое внимание лицам, проживающим в неблагоприятных условиях, с низким достатком и не имеющим возможности получить образование в целях предотвращения хронификации суицидального поведения (Mashreky S.R. et al., 2013; McDaid D. et al., 2019; Суботич М.И., 2023).

Среди обеих групп пациентов больше тех, кто холост и разведен (70 % и 80 %), чем тех, кто замужем или женат (30 % и 20 %), однако между двумя

выборками значимых различий получено не было ($\chi^2 = 0,803$; $p = 0,370$). Данные показатели подтверждаются данными таких авторов, как O'Connor, E.D. Klonsky, и T.E. Joiner, уделяющих внимание фрустрированным межличностным потребностям: чувству брошенности и восприятию себя как обузы, а также приобретенной способности к суициду или бесстрашию перед смертью (Joiner T.E., 2005; Klonsky E.D. et al., 2018; O'Connor R.C., Kirtley O.J., 2018; O'Connor R.C., Portzky G., 2018; Банников Г.С. и др., 2020).

Таким образом, лица с хроническим суицидальным поведением чаще будут иметь низкий доход, отсутствие высшего образования, это чаще могут быть женщины, совершающие попытки суицида менее brutальными способами, чем мужчины (самопорезы в области предплечий или самоотравления).

2. Исследование клинико-психологических факторов хронического суицидального поведения

Клинические факторы хронического суицидального поведения

В группах пациентов с первичными и повторными попытками суицида практически одинаково часто встречается диагноз аффективных расстройств (F32, 27 % и 31 %). Пациенты с первичной попыткой суицида чаще отмечали у себя отсутствие депрессивных симптомов, чем пациенты с повторными попытками суицида (70 % против 47,5 %), имеются статистически значимые различия между группами пациентов, совершивших первичную суицидальную попытку и повторную ($\chi^2 = 9,507$; $p = 0,020$). Та или иная степень суицидальной готовности (мысли, намерения, готовность при удобном случае) почти вдвое чаще встречается у пациентов с повторными попытками суицида – 22 % против 13 % при однократной попытке, на уровне тенденции имеются статистически значимые различия между группами пациентов, совершивших первичную и повторную суицидальные попытки, по выраженности суицидальной готовности ($\chi^2 = 6,920$; $p = 0,074$).

Эти данные соотносятся с многочисленными исследованиями, доказывающими, что лица, страдающие расстройствами настроения, подвержены наиболее высокому риску совершения суицидальных попыток, в том числе

повторных (Qin P. et al., 2000; Холмогорова А.Б., 2016). Тем не менее стиль суицида также различается в зависимости от тяжести психического расстройства и его коморбидности с другими заболеваниями.

У группы пациентов с первичными и повторными попытками суицида чаще встречается диагноз «Расстройство личности» (46 % и 56 %). Расстройство личности также является важным предиктором суицидального поведения и, в отличие от депрессии, именно повторных попыток суицида. Данные показатели соотносятся с исследованиями, показавшими, что пациенты с аффективными расстройствами (F32), коморбидными с расстройствами личности (F60), имели хотя и более низкий риск завершённых суицидов, по сравнению с больными шизофренией (F20–F29) и БАР (F31), но все же значительно повышенный риск самоубийства, по сравнению с группой депрессивных больных без личностных расстройств (Runeson B. et al., 2016).

По результатам исследования можно сделать вывод о том, что отсутствие навыков совладания со стрессом в сочетании с личностными особенностями лиц, совершающих суицидальные попытки (трудности построения доверительных отношений, недоверие, перфекционизм, избегающий стиль решения трудностей), может приводить к хронификации суицидального поведения и способствовать развитию нарастания депрессивных и тревожных симптомов (Чёрная М.И. и др., 2016).

Психологические факторы хронического суицидального поведения

Для исследования психологические факторы были разделены на три блока: личностные, когнитивно-поведенческие и интерперсональные.

При исследовании *личностных факторов* был сделан упор на рассмотрение дезадаптивных личностных черт, а именно перфекционизма, нарциссизма и дисфункциональных убеждений. Данные показатели сравнивались у пациентов с первичной и повторными попытками суицида при помощи критерия Манна – Уитни.

У лиц с повторными попытками суицида более выражены дезадаптивные личностные черты и убеждения. Выявлены статистически значимые различия по

опроснику дисфункциональных убеждений при ПРЛ по подшкалам: «Недоверие», отражающие ожидание эксплуатации, непорядочности, предательства со стороны других людей ($p = 0,006$); «Зависимость», отражающие представление, что человек беспомощен без постоянной поддержки со стороны других людей, и чувство беспомощности, неспособности контролировать свои эмоции ($p = 0,011$); «Защита» – взгляд, согласно которому необходимы предупредительные действия по предотвращению возможной эксплуатации или отвержения; также отражает мнение о себе как о недостойном любви ($p = 0,015$). Лица с повторными попытками суицида имеют трудности с межличностной коммуникацией из-за страха предательства, с одной стороны, а с другой – из-за чувства зависимости, невозможности самостоятельно справиться со своими эмоциональными переживаниями и трудностями. Такие пациенты чаще склонны импульсивно прерывать отношения в связи с переживаниями мнимой или реальной угрозы предательства партнера. Данные черты соответствуют чертам расстройства личности, что подтверждается исследованиями M. Linehan о том, что повторные суицидальные попытки свойственны лицам с ПРЛ (Linehan M.M. et al., 2000; Colle L. et al., 2020).

Уровень перфекционизма также выше у лиц с повторными попытками суицида.

Пациенты с социально предписываемым перфекционизмом убеждены, что окружающие выдвигают к ним требования, которым они обязаны соответствовать, чтобы получить любовь (Гаранян Н.Г. и др., 2001; Холмогорова А.Б., 2011; O'Connor R.C., Portzky G., 2018). Полученные данные соотносятся с теорией M. Linehan, описывающей инвалидирующее окружение, в котором растут пациенты с личностными расстройствами (Linehan M.M., 1993). Одной из важных характеристик данного окружения является избыточный фокус на личных достижениях пациента внутри семьи, в то же время сочетающийся с подавлением собственных эмоций и с невозможностью предъявления требований от пациента к окружению. В исследовании было выявлено, что у лиц с повторными попытками суицида более выражен перфекционистский когнитивный стиль. При сравнении

показателей с помощью критерия Манна – Уитни были установлены статистически значимые различия в опроснике перфекционизма, как в подшкале «Общий балл перфекционизма» ($p = 0,034$), так и по двум подшкалам «Озабоченность оценками» ($p = 0,001$) и «Негативное селектирование, жизнь в режиме сравнения» ($p = 0,017$). Данные пациенты склонны чаще фиксировать мысли и переживания на собственных ошибках и собственном несовершенстве. Фиксация на собственном несовершенстве и сравнение себя в худшую сторону могут быть личностными факторами развития руминаций, которые, в свою очередь, мешают адаптивным способам решения проблем и повышают риск развития депрессии (Watkins E.R. et al., 2007; Холмогорова А.Б., 2011; Пуговкина О.Д. и др., 2021).

Лица с повторными попытками суицида имеют более выраженные черты гиперсензитивного нарциссизма. При сравнении пациентов с первичной и повторными попытками суицида по уровню выраженности нарциссизма были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,011$). Лица с гиперсензитивным нарциссизмом, в отличие от грандиозного типа, склонны испытывать чувство вины и тревоги, неуверенности в себе, что мешает удовлетворению потребности в самореализации и провоцирует аутоагрессивное поведение. Гиперсензитивный нарциссизм также включает в себя подавление своих эмоций, недоверие окружающим, чувство неуверенности в себе. Так, совершение суицидальных попыток у лиц с чертами гиперсензитивного нарциссизма может быть не связано с депрессией (Links P.S., 2013). Сильное чувство стыда, ощущение несоответствия мнимым или реальным стандартам и чувство собственной неполноценности являются основными причинами совершения суицидальных попыток (Gabbard G.O., 2022).

При исследовании *когнитивных факторов* хронификации суицидальных попыток уделялось внимание склонности пациентов к руминативному стилю мышления, алекситимии и дезадаптивным способам совладания со стрессом. Данные показатели сравнивались у пациентов с первичной и повторными попытками суицида при помощи критерия Манна – Уитни.

Были выявлены статистически значимые различия между двумя группами

как по общему баллу ($p = 0,008$), так и по подшкалам опросника руминативного мышления: «Анергия» ($p = 0,002$) и «Переживание одиночества» ($p = 0,003$). Пациенты с повторными попытками суицида более подвержены руминативному мышлению, что находит отражение в современных теориях суицида (Watkins E.R. et al., 2007; Klonsky E.D. et al., 2018). O'Connor в своей теории определяет руминации как фактор-катализатор суицидального поведения на второй – мотивационной фазе, когда они приводят к фиксации на негативных событиях или обстоятельствах первой премотивационной фазы: неудаче, негативных эмоциях (O'Connor R.C., Kirtley O.J., 2018). А.Т. Beck также уделял внимание руминативному мышлению, запускающему переживание чувства безнадежности и безвыходности ситуации, что, в свою очередь, приводит к суицидальной попытке (Beck A.T. et al., 1993). Руминативное мышление зачастую рассматривается как поведение, препятствующее адаптивному способу совладания со стрессом и поиску эффективных способов решения проблем. Деадаптивные стратегии совладания со стрессом в исследовании также более выражены у пациентов с повторными попытками суицида, таким пациентам свойственны стратегии отрицания проблемы, поведенческого ухода от ее решения и стратегии концентрации на негативных эмоциях (вентилирование эмоций), что сходно с руминированием. Статистически значимые различия между группами отмечаются в таких стратегиях совладания со стрессом, как «Поведенческое избегание» ($p = 0,004$) и «Психическое избегание» ($p = 0,006$), «Употребление ПАВ» ($p = 0,033$) и «Использование юмора» ($p = 0,030$). Дистанцирование в виде юмора, зачастую черного, вместо поиска путей решения возникших проблем также свойственно для лиц с повторными попытками суицида. Избегающий стиль совладания препятствует решению проблем, приводит к их накоплению, чувству собственной беспомощности и безнадежности, что, в свою очередь, повышает суицидальный риск (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2003; Лунева П.Д., Абабков В.А., 2023).

Алекситимия как трудности в распознавании своих эмоций и понимании себя является важным фактором эмоциональной дисрегуляции. Выявлены

статистически значимые различия как по суммарному баллу шкалы «Алекситимия» ($p = 0,028$), так и по двум подшкалам: «Трудности идентификации чувств» ($p = 0,002$) и «Трудности с описанием чувств другим людям» ($p = 0,010$). У пациентов с повторными попытками суицида более выражены показатели алекситимии. Данным пациентам свойственно подавлять или вытеснять эмоции, в связи с чем повышается риск аффективной вспышки, разрядки негативных переживаний. Именно на пике эмоциональных переживаний зачастую совершаются повторные попытки суицида как способ избавиться от накопленной душевной боли с целью эмоциональной регуляции (Linehan M.M., 1993; Москачева М.А. и др., 2014).

При исследовании *интерперсональных факторов* были рассмотрены чувство одиночества и уровень эмпатии. Данные показатели сравнивались у пациентов с первичной и повторными попытками суицида при помощи критерия Манна – Уитни.

Уровень переживания чувства одиночества и социальной изоляции выше у пациентов с повторными суицидальными попытками ($p = 0,025$). Полученные данные подтверждают теорию суицида Т.Е. Joiner, где чувство одиночества и «фрустрированная (прерванная) принадлежность» являются одними из ведущих факторов суицидальных попыток (Joiner T.E., 2005; Сыроквашина К.В., 2017). Чувство одиночества, в свою очередь, тесно связано с социальной изоляцией и депрессивной симптоматикой. Причинами переживания одиночества могут выступать дезадаптивные личностные черты пациентов, а именно недоверие, ожидание недобросовестного и жестокого обращения со стороны окружающих, зависимость. Данные черты зачастую мешают самораскрытию, способности обратиться за поддержкой и построению крепких надежных связей.

Выявлена тенденция к значимым различиям по шкале «Эмпатия PD» ($p = 0,072$), которая отражает уровень эмпатического дистресса. Эмпатический дистресс тесно связан с алекситимией и трудностями определения своих эмоций, рефлексии и понимания, что переживает пациент, а что его собеседник. Данные показатели соотносятся с исследованием китайских ученых, где говорится, что

низкий уровень эмпатии и слабые социальные навыки являются важными предикторами суицидальных мыслей у подростков мужского пола (Kwok S.L., Shek D.T., 2010). Таким образом, постоянное переживание стресса во время взаимодействия в социуме и отсутствие возможности оказать поддержку окружающим также могут провоцировать избегание построения отношений и развитие чувства одиночества.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование проводилось с целью изучения факторов суицидального поведения и его хронификации на основе многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра, включающей социодемографические, клинические и психологические факторы. Данные факторы сравнивались у пациентов с первичной попыткой суицида и повторными попытками суицида. В качестве клинических факторов рассматривалось наличие психиатрических диагнозов, клинического уровня тревоги и депрессии, а также наличие суицидальной готовности (мыслей и намерений). В качестве психологических факторов рассматривались дезадаптивные личностные черты в виде пограничных черт личности, нарциссизма и перфекционизма, наличие дезадаптивного когнитивного стиля в виде выраженной алекситимии и руминативного мышления, дезадаптивных стратегий совладания, а также трудностей в интерперсональной сфере в виде переживания одиночества и эмпатического дистресса.

В исследовании получены данные, подтверждающие основную гипотезу о большей распространенности серьезных психических расстройств (личностные расстройства и расстройства аффективного спектра) и большей выраженности дезадаптивных личностных черт, избегающих поведенческих стратегий совладания с трудностями, алекситимии и руминативного мышления, выраженных симптомов тревоги и депрессии, признаков социальной дезадаптации и дефицита социальной поддержки у пациентов с хроническим суицидальным поведением, по сравнению с пациентами с однократной попыткой суицида.

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости проведения этапа первичной реабилитации суицидентов уже во время их пребывания в скоромощном стационаре после первичной или повторных попыток суицида. Важно внедрение психологов и психиатров в отделения скоромощных стационаров, где находятся на лечении пациенты после попыток суицида. На первичных этапах работы с суицидентами необходимо проводить групповую и индивидуальную терапию, опирающуюся на методы работы в КБТ и ДБТ

(составление антикризисного плана, развитие навыков эмоциональной регуляции и активных навыков совладания со стрессом). Немаловажными являются мотивирование и планирование дальнейшей маршрутизации данных пациентов для продолжения получения медико-психо-социальной помощи.

ВЫВОДЫ

1. Суицидальное поведение и риск его хронификации являются многофакторными конструктами, однако существует дефицит комплексных исследований факторов хронификации суицидального поведения. В разных исследованиях и моделях отмечается важность биологической предрасположенности к суицидальному поведению, а также социодемографических факторов (пол, возраст, трудоустройство, семейное положение), клинических факторов (диагноз, уровень выраженности психопатологических симптомов) и психологических факторов (дезадаптивные личностные черты, дисфункциональный когнитивный стиль и трудности в интерпресональных отношениях) хронификации суицидального поведения.

2. Проведенное комплексное исследование факторов хронификации суицидального поведения на основе многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра позволило выделить различия между пациентами с первичной и повторными попытками суицида в зависимости от пола – чаще это женщины. Большинство пациентов как с повторными, так и с первичными суицидальными попытками плохо социально адаптированы: не трудоустроены, не состоят в браке или разведены.

3. Проведенное комплексное исследование факторов хронификации суицидального поведения на основе многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра позволило выделить различия между пациентами с первичной и повторными суицидальными попытками по ряду клинических факторов. Было показано, что пациенты с повторными суицидальными попытками чаще отмечают у себя симптомы депрессии и почти вдвое чаще отмечают у себя ту или иную степень суицидальной готовности (мысли, намерения, готовность при удобном случае покончить с собой), чем пациенты с первичной попыткой суицида. Было также показано, что большинство пациентов исследования как с первичными, так и с повторными суицидальными попытками страдают личностными и аффективными расстройствами и наносят себе

самоповреждения в виде колото-резаных ранений конечностей и самоотравлений.

Незначительное количество пациентов с первичной попыткой суицида имело прочие виды физической травмы (прыжок с высоты, огнестрельные ранения, самоповреждения пламенем, асфиксия и др.).

4. Проведенное комплексное исследование факторов хронификации суицидального поведения на основе многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра позволило выделить различия между пациентами с первичной и повторными суицидальными попытками по ряду психологических факторов. Было показано, что у пациентов с повторными суицидальными попытками чаще отмечаются:

– дезадаптивные личностные черты (гиперсензитивный нарциссизм и социально предписываемый перфекционизм), наличие дисфункциональных убеждений и черт, свойственных пограничному личностному расстройству (зависимость, враждебность, импульсивность);

– дезадаптивные когнитивные и поведенческие стратегии совладания со стрессом (перфекционистский когнитивный стиль, руминации в виде склонности постоянно возвращаться к анализу прошлых ошибок и неудач, алекситимия, ведущая к трудностям эмоциональной саморегуляции, а также деструктивные избегающие стратегии совладания, такие как отказ от решения проблем и вентилирование эмоций);

– нарушения интерперсональных связей с другими людьми в форме переживания чувства своей изоляции и одиночества в сочетании со склонностью испытывать повышенный эмпатический дистресс при столкновении с негативными эмоциями других людей, что может приводить к избеганию социальных контактов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Полученные результаты позволяют сформулировать рекомендации для оказания комплексной психологической помощи пациентам после первичной и повторных попыток суицида в условиях скорпомощного стационара с целью проведения первичной реабилитации пациентов и профилактики повторных суицидальных попыток:

– психообразование, направленное на лучшее понимание своего заболевания и особенностей психики, при этом для профилактики хронификации суицидального поведения важно уделять особое внимание пациентам, имеющим более низкий уровень образования, нетрудоустроенным, находящимся в трудных жизненных условиях и страдающим зависимостью от алкоголя и ПАВ;

– индивидуальное консультирование, направленное на разработку антикризисного плана (КБТ, ДБТ), включающего в себя информирование, психообразование («список организаций и специалистов, к которым можно обратиться за помощью»), развитие навыков эмоциональной саморегуляции и конструктивных способов совладания со стрессом (Linehan M.M. et al., 2000);

– индивидуальная работа с использованием Novel Brief Therapy для пациентов, совершивших суицидальную попытку. Данный вид терапии включает в себя элементы нарративной психотерапии, где первые сессии клиент рассказывает свою историю совершения суицидальной попытки, выполняет домашнее задание, на следующей сессии просматривает видео и обсуждает причины для жизни. Последняя сессия посвящена разработке антикризисного плана и стратегий совладания со стрессом. Важно, что после завершения трех сессий пациенты получают поддерживающие письма от терапевта (Gysin-Maillart A. et al., 2016; Teismann T., Gysin-Maillart A., 2022);

– групповые тренинги на основе программ ДБТ, направленные на развитие эмоциональной саморегуляции и межличностной эффективности;

– групповая работа с родственниками пациентов после первичной и повторных попыток суицида на основе программы «Family Connection»,

направленная на психообразование и поддержку родственников;

– регулярные разборы случаев суицида, включая его хронические формы, в мультидисциплинарной бригаде с участием психолога, врачей-токсикологов и хирургов, а также врачей-психиатров, направленные на выработку общей стратегии ведения пациентов на этапе их первичной реабилитации в условиях скоропомощного стационара.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

БАР	– Биполярное аффективное расстройство
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ДБТ	– Диалект-бихевиоральная терапия
КБТ	– Когнитивно-бихевиоральная терапия
МКБ-10	– Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ПАВ	– Психоактивные вещества
ПРЛ	– Пограничное расстройство личности
ТИЧ	– Трудности идентичности чувств
ТОЧ	– Трудности с описанием чувств
ЦНС	– Центральная нервная система
COPE	– Coping Orientation to Problems Experienced Inventory
ЕС	– Empathic Concern: эмпатическая забота
FS	– Fantasy: фантазия
PBQ-BPD	– Personality Belief Questionnaire – Borderline Personality Disorder
PD	– Personal Distress: эмпатический дистресс
PT	– Perspective Taking: децентрация
TAS-20	– Toronto Alexithymia Scale

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аванесов, С.С. Стои́ческая философия человеческого удела: пантеизм и самоубийство / С.С. Аванесов. – Текст: непосредственный // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2013. – № 5(133). – С. 9–16.
2. Акименко, А.К. Взаимосвязь стратегий совладающего поведения и социально-психологических характеристик личности / А.К. Акименко. – Текст: электронный // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Акмеология образования. Психология развития. – 2016. – № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-strategiy-sovladayuschego-povedeniya-i-sotsialno-psihologicheskikh-harakteristik-lichnosti> (дата обращения: 25.08.2024).
3. Амбрумова, А.Г. Личность. Психология одиночества и суицид / А.Г. Амбрумова. – Текст: непосредственный // Актуальные вопросы суицидологии: труды Московского НИИ психиатрии. – Москва, 1981. – С. 69–80.
4. Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова. – Текст: непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 4. – С. 14–20.
5. Банников, Г.С. Новый подход в диагностике суицидального поведения: обзор зарубежных источников / Г.С. Банников, О.В. Вихристюк, И. Галынкер. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 31, № 1. – С. 8–24.
6. Белова, М.В. Острые отравления препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему / М.В. Белова, К.К. Ильяшенко. – Текст: непосредственный // Токсикологический вестник. – 2016. – № 5(140). – С. 31–35.
7. Борисоник, Е.В. Психологическая помощь родственникам суицидента / Е.В. Борисоник. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – Т. 31, № 2. – С. 99–118.
8. Брель, Е.Ю. Феномен алекситимии в клинко-психологических исследованиях (обзор литературы) / Е.Ю. Брель, И.Я. Стоянова. – Текст:

непосредственный // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 4(97). – С. 74–81.

9. Васильева, А.В. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства – интеграция опыта чрезвычайной ситуации / А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Д.С. Радионов. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – Т. 31, № 3. – С. 47–68.

10. Гаранян, Н.Г. Апробация опросника копинг-стратегий (COPE) / Н.Г. Гаранян, П.А. Иванов. – Текст: непосредственный // Психологическая наука и образование. – 2010. – Т. 15, № 1. – С. 82–93.

11. Гаранян, Н.Г. Очарование нарциссизма / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2002. – Т. 10, № 2. – С. 102–112.

12. Гаранян, Н.Г. Перфекционизм, депрессия и тревога / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева. – Текст: непосредственный // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – Т. 9, № 4. – С. 18–48.

13. Гаранян, Н.Г. Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2018. – Т. 26, № 3. – С. 8–32.

14. Давидовский, С.В. Современные концепции и особенности проявления самоповреждающего поведения / С.В. Давидовский, С.А. Игумнов. – Текст: непосредственный // Суицидология. – 2020. – Т. 11, № 3. – 25 с.

15. Деадаптивные личностные черты и психопатологическая симптоматика у лиц с первой попыткой суицида и хроническим суицидальным поведением / А.Б. Холмогорова, М.И. Суботич, М.П. Корх [и др.]. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28, № 1. – С. 63–86.

16. Дикая, Т.И. Длительные многолетние депрессивные состояния в форме хронических депрессий: клинико-психопатологические и динамические аспекты / Т.И. Дикая. – Текст: непосредственный // Психиатрия. – 2004. – № 5. – С. 26–34.

17. Дюркгейм, Э. Самоубийство. Социологический этюд / Э. Дюркгейм. – Санкт-Петербург: Союз, 1998. – С. 7–213. – ISBN 5-87852-063-X. – Текст: непосредственный.
18. Зинчук, М.С. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска / М.С. Зинчук, А.С. Аведисова, А.Б. Гехт. – Текст: непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – № 3. – С. 108–119.
19. Зубарева, О.В. Лечение психических расстройств у пациентов, совершивших суицидальные действия на фоне гемоконтактных вирусных инфекций / О.В. Зубарева, М.И. Черная. – Текст: непосредственный // Вестник психотерапии. – 2015. – № 55(60). – С. 47–60.
20. Зубарева, О.В. Практика оказания неотложной психиатрической помощи пострадавшим в многопрофильном стационаре / О.В. Зубарева, М.И. Черная, П.В. Леонова // Скорая медицинская помощь – 2014: Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (19–20 июня 2014 г.) / Гл. ред. С.Ф. Багненко. – Санкт-Петербург: Издательство СПбГМУ, 2014. – С. 63. – ISBN 978-5-88999-228-8. – Текст: непосредственный.
21. Исаева, Е.Р. Возрастные и гендерные особенности стресс-преодолевающего поведения (копинга) на примере Российской популяции / Е.Р. Исаева. – Текст: непосредственный // Вестник ТГПУ. – 2009. – № 55(60). – С. 86–90.
22. Каргин, А.М. Личностные факторы суицидального поведения у пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки / А.М. Каргин, А.Б. Холмогорова, В.Ф. Войцех. – Текст: непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 4. – С. 15–20.
23. Карягина, Т.Д. Тест эмпатии М. Дэвиса: содержательная валидность и адаптация в межкультурном контексте / Т.Д. Карягина, Н.В. Кухтова. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24, № 4. – С. 33–61.

24. Карягина, Т.Д. Эмпатически обусловленный дистресс и возможности его диагностики / Т.Д. Карягина, М.А. Придачук. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25, № 2. – С. 8–38.

25. Клинико-психологические аспекты оказания психологической помощи при попытках самоотравления / М.И. Суботич, О.Д. Пуговкина, А.Б. Холмогорова [и др.]. – Текст: непосредственный // Юбилейные Лужниковские чтения: этапы и перспективы развития клинической токсикологии: Материалы научно-практической конференции с международным участием (г. Москва, 21–22 октября 2022 г.). Труды института, Т. 251. – Москва: НПО ВНИИ; НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, 2022. – С. 105–107.

26. Клинико-психологические особенности аддиктов с незавершенными суицидальными попытками / Т.В. Журавлева, С.Н. Ениколопов, М.И. Черная [и др.]. – Текст: электронный // Психология и право. – 2015. – Том 5, № 4. – С. 49–70. URL: https://psyjournals.ru/journals/psylaw/archive/2015_n4/Guravleva_Enikolopov_et_al (дата обращения: 05.09.2023).

27. Клинико-психологические особенности больных с отравлением гипотензивными и антиаритмическими препаратами в результате суицидальных действий / А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина, М.И. Суботич [и др.]. – Текст: непосредственный // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – 2022. – Т. 11, № 4. – С. 584–591.

28. Клиническая и суицидологическая характеристика больных алкогольной зависимостью с сопутствующим пограничным расстройством личности / Е.А. Шитов, А.В. Меринов, Д.И. Шустов [и др.]. – Текст: непосредственный // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2015. – № 4. – С. 87–90.

29. Клинические и социально-психологические характеристики пациентов с суицидальными попытками / М.И. Чёрная, А.Б. Холмогорова, О.В. Зубарева [и др.]. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24, № 3(92). – С. 69–88.

30. Кони́на, М.А. Опросник дисфункциональных убеждений при

пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD): адаптация для русскоязычной выборки / М.А. Кони́на, А.Б. Холмогорова. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 126–143.

31. Коробейников, И.А. Консультативный ресурс психологического диагноза при нарушениях психического развития у детей / И.А. Коробейников, Н.В. Бабкина. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25, № 4. – С. 11–22.

32. Лайнен, М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: пер. с англ. / М. Лайнен. – Москва: Вильямс, 2007. – 592 с. – ISBN 978-5-8459-1964-9. – Текст: непосредственный.

33. Ларионов, П.М. Роль алекситимии и когнитивной регуляции эмоций в развитии агрессивного поведения подростков / П.М. Ларионов, И.А. Гречуха. – Текст: непосредственный // Клиническая и специальная психология. – 2020. – Т. 9, № 4. – С. 57–98.

34. Лоулор, К.Э. Когнитивно-поведенческая терапия депрессии: руководство / К.Э. Лоулор, Д.Т. Гудсон, Дж.Дж. Хеффель. – Текст: непосредственный // Клиническая и специальная психология. – 2022. – Т. 11, № 2. – С. 97–107.

35. Лунева, П.Д. Копинг-поведение при социальных фобиях / П.Д. Лунева, В.А. Абабков. – Текст: непосредственный // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. – 2023. – Т. 13, № 2. – С. 147–163.

36. Любов, Е.Б. История развития суицидологии в России / Е.Б. Любов, П.Б. Зотов, В.М. Кушнарёв. – Текст: непосредственный // Суицидология. – 2017. – Т. 8, № 3. – С. 22–39.

37. Любов, Е.Б. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации / Е.Б. Любов, М.В. Морев, О.И. Фалалеева. – Текст: непосредственный // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3–10.

38. Лященко, М.Н. Суицид «глазами» Сократа и Августина Блаженного / М.Н. Лященко. – Текст: непосредственный // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 4. – 87 с.

39. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие для студентов мед. вузов / В.Д. Менделевич. – Москва: МЕДпресс-информ, 2005. – 426 с. – ISBN 5-98322-087-X. – Текст: непосредственный.
40. Москачева, М.А. Алекситимия и способность к эмпатии / М.А. Москачева, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Т. 22, № 4. – С. 98–114.
41. Мэй, Р. Искусство психологического консультирования. Как давать и обретать душевное здоровье / Р. Мэй. – Москва: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2001. – 256 с. – ISBN 5-04-008465-X. – Текст: непосредственный.
42. Особенности совладания со стрессом у подростков с самоповреждающим и суицидальным поведением / Н.Ю. Федунина, Г.С. Банников, Т.С. Павлова [и др.]. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2018. – Т. 26, № 2. – С. 33–52.
43. Павлова, Т.С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи / Т.С. Павлова, Г.С. Банников. – Текст: непосредственный // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2013. – Т. 5, № 4. – С. 1–11.
44. Падун, М.А. Когнитивный стиль и депрессия / М.А. Падун. – Текст: непосредственный // Экспериментальная психология. – 2009. – Т. 2, № 2. – С. 81–90.
45. Положий, Б.С. Изучение суицидального поведения в России: проблемы и решения / Б.С. Положий, Е.Б. Любов. – Текст: непосредственный // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – Т. 122, № 8. – С. 145–149.
46. Положий, Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты) / Б.С. Положий. – Москва: Изд-во ФГУ ГНЦ ССП имени Сербского, 2010. – 232 с. – ISBN 978-5-86002-137-2. – Текст: непосредственный.
47. Польская, Н.А. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте / Н.А. Польская, Н.В. Власова. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – Т. 23, № 2. – С. 176–190.
48. Польская, Н.А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) / Н.А. Польская. – Текст: непосредственный //

Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – Т. 22, № 2. – С. 140–152.

49. Проблемы насильственной смертности в России / М.В. Морев, А.А. Шабунова, К.А. Гулин [и др.]. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – 158 с. – ISBN 978-5-93299-209-8. – Текст: непосредственный.

50. Профессионализация эмпатии и предикторы выгорания помогающих специалистов / Т.Д. Карягина, Н.В. Кухтова, Н.И. Олифирович [и др.]. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25, № 2. – С. 39–58.

51. Психоэмоциональный статус у пациентов с острым отравлением таллием / Л.Б. Завалий, С.С. Петриков, А.Ю. Симонова [и др.]. – Текст: непосредственный // Токсикологический вестник. – 2019. – № 4. – С. 9–15.

52. Рассказова, Е.И. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE / Е.И. Рассказова, Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин // Психология. Журнал Высшей Школы экономики. – 2013. – № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/koping-strategii-v-strukture-deyatelnosti-i-samoregulyatsii-psihomeicheskie-harakteristiki-i-vozmozhnosti-primeneniya-metodiki-cope> (дата обращения: 24.08.2024).

53. Розанов, В.А. Самоубийства студентов – что мы знаем, и чего мы не знаем (результаты анализа сообщений сетевых СМИ) / В.А. Розанов, Д.А. Лаская, А.В. Шаболтас. – Текст: непосредственный // Суицидология. – 2021. – Т. 12, № 3(44). – С. 39–57.

54. Руминативное мышление как когнитивный фактор хронификации депрессии: определение понятия и валидность инструментария / О.Д. Пуговкина, А.Д. Сыроквашина, М.А. Истомина [и др.]. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2021. – Т. 29, № 3. – С. 88–115.

55. Рычкова, О.В. Исследования социального познания при шизофрении / О.В. Рычкова. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. – Т. 21, № 1. – С. 63–89.

56. Сагалакова, О.А. Руминации как психологический механизм формирования и поддержания суицидального поведения / О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев, О.В. Жирнова. – Текст: непосредственный // Современная зарубежная психология. – 2022. – Т. 11, № 1. – С. 124–136.

57. Салливан, Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии / Г.С. Салливан. – Санкт-Петербург: Ювента, 1999. – 347 с. – ISBN 5-88596-011-9. – Текст: непосредственный.

58. Самоорганизующиеся терапевтические системы при амбулаторной терапии пограничных зависимых пациентов / А.Д. Шустов, Д.И. Шустов, О.Д. Тучина [и др.]. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27, № 4. – С. 165–174.

59. Самоотравления гипотензивными препаратами: клиничко-психологические и социально-демографические факторы и общие подходы к профилактике / О.Д. Пуговкина, А.Б. Холмогорова, М.М. Поцхверия [и др.]. – Текст: непосредственный // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – 2021. – Т. 10, № 4. – С. 719–727.

60. Самоубийство // Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). 2021. 17 июня. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (дата обращения: 25.08.2024).

61. Семке, В.Я. Истерические состояния / В.Я. Семке. – Москва: Медицина, 1988. – 224 с. – ISBN 5-225-00191-2. – Текст: непосредственный.

62. Сирота, Н.А. Профилактика наркоманий и алкоголизма / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. – Москва: Академия, 2003. – 175 с. – ISBN 5769513209. – Текст: непосредственный.

63. Соловьев, А.Г. Ранняя диагностика и профилактика психических расстройств в пожилом возрасте / А.Г. Соловьев, В.В. Попов, И.А. Новикова: учебно-методическое пособие. – Архангельск: Издательство Северного государственного медицинского университета, 2016. – 160 с. – ISBN 978-5-91702-223-9. – Текст: непосредственный.

64. Соловьева, С.Л. Диссоциированная личность депрессивного пациента /

С.Л. Соловьева. – Текст: непосредственный // Неврологический вестник. – 2018. – Т. 50, № 2. – С. 72–77.

65. Старшенбаум, Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г.В. Старшенбаум: учебник. – Москва: Когито-центр, 2005. – 376 с. – ISBN 5-89353-132-9. – Текст: непосредственный.

66. Суботич, М.И. Клинико-психологические и социодемографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований / М.И. Суботич. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – Т. 31, № 1. – С. 9–30.

67. Суботич, М.И. Когнитивные и поведенческие факторы хронификации суицидального поведения / М.И. Суботич, А.Б. Холмогорова. – Текст: непосредственный // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». – 2023. – Т. 12, № 3. – С. 397–405.

68. Суботич, М.И. Личностные профили пациентов с однократными суицидальными: тезисы доклада / М.И. Суботич, А.А. Рахманина, М.С. Быкова. – Текст: непосредственный // Сборник материалов научной конференции «Научно-практическая конференция молодых специалистов медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы «Актуальные вопросы неотложной медицины», 2020. – С. 25–27.

69. Суботич, М.И. Социодемографические и интерперсональные факторы хронического суицидального поведения: тезисы доклада / М.И. Суботич, А.Б. Холмогорова. – Текст: непосредственный // Сборник материалов научной конференции «Международная научно-практическая конференция "Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований"». – Москва, 2020. – С. 336–340.

70. Суицидальное поведение в студенческой популяции / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Д.А. Горшкова [и др.]. – Текст: непосредственный // Культурно-историческая психология. – 2009. – Т. 5, № 3. – С. 101–110.

71. Суицидальные отравления. Эпидемиологические и клиничко-

токсикологические аспекты / М.А. Лапицкий, С.В. Ваулин, В.Ф. Войцех [и др.]. – Текст: непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 1. – С. 28–33.

72. Суицидология: учебное пособие / И.Л. Шелехов, Т.В. Каштанова, А.Н. Корнетов [и др.]. – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2011. – 203 с. – ISBN 978-5-98591-058-2. – Текст: непосредственный.

73. Султанов, А.Б. О проблеме аутоагрессивного поведения в психоанализе / А.Б. Султанов, К.Р. Кажимова. – Текст: непосредственный // Вестник КазНУ. Серия психологии и социологии. – 2022. – № 3. – С. 37–47.

74. Сыроквашина, К.В. Антисоциальное расстройство личности у подростков и юношей: методология и диагностика / К.В. Сыроквашина, Е.Г. Дозорцева. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28, № 1. – С. 49–62.

75. Сыроквашина, К.В. Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте / К.В. Сыроквашина. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25, № 3. – С. 60–75.

76. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – Москва, 2001. – 43 с. – ISBN 5-272-00399-3. – Текст: непосредственный.

77. Теория суицидального поведения Т. Джойнера: адаптация Опросника межличностных потребностей / А.А. Меньшикова, А.Г. Герсамя, Л.С. Канаева [и др.]. – Текст: непосредственный // Российский психиатрический журнал. – 2016. – № 2. – 78 с.

78. Торонтская шкала алекситимии: валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных / Е.Г. Старостина, Г.Д. Тэйлор, Л.К. Квилти [и др.]. – Текст: непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – С. 31–38.

79. Факторы суицидального поведения пациентов, перенесших первый психотический эпизод / Е.В. Щетинина, О.Ю. Щелкова, Г.П. Костюк [и др.]. –

Текст: непосредственный // Вестник психотерапии. – 2024. – № 90. – С.18–27.

80. Факторы эффективности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра / А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина, С.В. Воликова [и др.]. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – Т. 18, № 2. – С. 77–109.

81. Фесенко, Ю.А. Случаи суицидов среди подростков как социальная проблема: по следам V всероссийского форума «Наши дети. Здоровье детей и факторы, его формирующие» / Ю.А. Фесенко, А.Б. Холмогорова. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25, № 2. – С. 188–192.

82. Франкл, В. Психотерапия на практике / В. Франкл. Санкт-Петербург: Ювента, 1999. – 256 с. – ISBN 5-87399-128-6. – Текст: непосредственный.

83. Холмогорова, А.Б. Био-психо-социальная модель как методологическая основа исследований психических расстройств / А.Б. Холмогорова. – Текст: непосредственный // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 3. – С. 97–105.

84. Холмогорова, А.Б. Динамика показателей перфекционизма и симптомов эмоционального неблагополучия в российской студенческой популяции за последние десять лет: когортное исследование / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Т.О. Цацулин. – Текст: непосредственный // Культурно-историческая психология. – 2019. – Т. 15, № 3. – С. 41–50.

85. Холмогорова, А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра / А.Б. Холмогорова. – Москва: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. – 480 с. – ISBN 978-5-98803-233-5. – Текст: непосредственный.

86. Холмогорова, А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития / А.Б. Холмогорова. – Текст: непосредственный // Медицинская психология в России. – 2013. – № 2. – С. 144–157.

87. Холмогорова, А.Б. Многофакторная модель эмоциональных расстройств / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян. – Текст: непосредственный //

Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – № 1. – С. 94–102.

88. Холмогорова, А.Б. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра / А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова. – Текст: электронный // Медицинская психология в России. – 2012. – № 2(13). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 28.01.2024).

89. Холмогорова, А.Б. Самоотравления с целью суицида: связь способов с личностными характеристиками: тезисы доклада / А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина, М.И. Суботич. – Текст: непосредственный // Сборник материалов научной конференции «VII научно-практическая конференция «Суицидология: актуальные проблемы, вызовы и современные решения», 2022. – С. 30–32.

90. Холмогорова, А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии / А.Б. Холмогорова. – Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 144–163.

91. Хорни, К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза / К. Хорни. – Москва: Академический проект, 2008. – 224 с. – ISBN 978-5-8291-4293-3. – Текст: непосредственный.

92. Цацулин, Т.О. Деструктивный перфекционизм и факторы-протекторы эмоционального благополучия студентов вузов / Т.О. Цацулин, А.Б. Холмогорова. – Текст: непосредственный // Культурно-историческая психология. – 2024. – Т. 20, № 2. – С. 50–59.

93. Чистопольская, К.А. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения / К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, Л.Г. Магурдумова. – Текст: непосредственный // Суицидология. – 2013. – № 3(13). – С. 76–79.

94. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы / Э. Шнейдман. – Москва: Смысл, 2001. – 315 с. – ISBN 0-19-510366-1. – Текст: непосредственный.

95. Шопенгауэр, А. Мир как воля и представление / А. Шопенгауэр; пер. с нем. Ю. Айхенвальда. – Москва: РИПОЛ классик, 2020. – 616 с. – ISBN 978-5-386-

10709-3. – Текст: непосредственный.

96. Щелкова, О.Ю. Психологическая диагностика в профилактике нарушений психической адаптации: постановка проблемы и примеры исследований / О.Ю. Щелкова // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография. – Москва: ООО «Сам Полиграфист», 2016. – С. 207–222. – ISBN 978-5-94051-150-4. – Текст: непосредственный.

97. Эмоциональное состояние и запрос на психологическую помощь сопровождающих лиц и пациентов, поступивших в приемное отделение государственного многофункционального медицинского центра / М.И. Суботич, А.А. Рахманина, А.П. Рой [и др.]. – Текст: непосредственный // Актуальные вопросы неотложной медицины: Материалы 1-й научно-практической конференции молодых специалистов учреждений здравоохранения Департамента здравоохранения г. Москвы (г. Москва, 19 апреля 2018 г.). Труды института, Т. 239. – Москва: НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 2018. – С. 73–74.

98. Эффективность психологического консультирования в профилактике эмоциональной дезадаптации у пациентов скоромощного стационара / А.С. Прохоров, А.В. Кривоклякина, М.И. Суботич [и др.]. – Текст: непосредственный // Актуальные вопросы неотложной медицины: Материалы 2-й научно-практической конференции молодых специалистов медицинских организаций Департамента здравоохранения г. Москвы (г. Москва, 26 апреля 2019 г.). Труды института, Т. 242 / Ред. кол.: С.С. Петриков, М.Л. Рогаль, Ю.С. Гольдфарб, С.А. Кабанова, Т.А. Шатохин. – Москва: НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 2019. – С. 70–71.

99. Ясная, В.А. Перфекционизм: история изучения и современное состояние проблемы / В.А. Ясная, С.Н. Ениколопов. – Текст: непосредственный // Вопросы психологии. – 2007. – № 4. – С. 157–167.

100. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) / A. Gysin-Maillart, S. Schwab, L. Soravia [et al.]. – Text: visual //

PLOS Medicine. – 2016. – Vol. 13(3). – e1001968.

101. A Prospective Investigation of the Relation Between Dysfunctional Family Communication and Suicidal Ideation Severity in a Clinical Adolescent Sample: A Serial Mediation Model / R.Jr. López, K. Maultsby, A.B. Defayette [et al.]. – Text: visual // Journal of Affective Disorders. – 2022. – Vol. 310. – P. 241–248.

102. Akhtar, S. The Demographic Profile of Borderline Personality Disorder / S. Akhtar, J.P. Byrne, K. Doghramji. – Text: visual // The Journal of Clinical Psychiatry. – 1986. – Vol. 47(4). – P. 196–198.

103. An Exploratory Study of the Relationship Between Diverse Life Events and Specific Personality Disorders in a Sample of Suicide Attempters / H. Blasco-Fontecilla, E. Baca-Garcia, P. Duberstein [et al.]. – Text: visual // Journal of Personality Disorders. – 2010. – Vol. 24(6). – P. 773–784.

104. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties / A.T. Beck, N. Epstein, G. Brown [et al.]. – Text: visual // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1988. – Vol. 56(6). – P. 893–897.

105. An Inventory for Measuring Depression / A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson [et al.]. – Text: visual // Archives of General Psychiatry. – 1961. – Vol. 4. – P. 561–571.

106. Are Empathy Profiles and Perceived Social Support Associated with Depressive and Grief-Related Symptoms in Suicide Survivors? SOPROXI Team / E. Toffol, E. Aliverti, C. Idotta [et al.]. – Text: visual // Journal of Clinical Psychology. – 2022. – Vol. 78(11). – P. 2245–2259.

107. Assisted Dying Around the World: A Status Question / S. Mroz, S. Dierickx, L. Deliens [et al.]. – Text: visual // Annals of Palliative Medicine. – 2021. – Vol. 10(3). – P. 3540–3553.

108. Associating Factors of Suicide and Repetition Following Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies / B.P. Liu, C.X. Jia, P. Qin [et al.]. – Text: visual // EClinicalMedicine. – 2022. – Vol. 49. – 101461.

109. Association of Borderline Personality Disorder Criteria with Suicide Attempts: Findings from the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders

Over 10 Years of Follow-Up / S. Yen, J.R. Peters, S. Nishar [et al.]. – Text: visual // JAMA Psychiatry. – 2021. – Vol. 78(2). – P. 187–194.

110. Attitudes of University Hospital Staff Towards In-House Assisted Suicide / C. Gamondi, A. Gayet-Ageron, G.D. Borasio [et al.]. – Text: visual // PLoS One. – 2022. – Vol. 17(10). – e0274597.

111. Auxemery, Y. Formes Cliniques des dépressions Post-Traumatiques. Clinical Forms of Post-Traumatic Dépression / Y. Auxemery. – Text: visual // L'Encéphale. – 2014. – Vol. 41(4). – P. 346–354.

112. Baumeister, R.F. Effects of Social Exclusion on Cognitive Processes: Anticipated Aloneness Reduces Intelligent Thought / R.F. Baumeister, J.M. Twenge, C.K. Nuss. – Text: visual // Journal of Personality and Social Psychology. – 2002. – Vol. 83(4). – P. 817–827.

113. Baumeister, R.F. Suicide as Escape from Self / R.F. Baumeister. – Text: visual // Psychological Review. – 1990. – Vol. 97(1). – P. 90–113.

114. Beck, A.T. Cognitive Therapy of Personality Disorders / A.T. Beck, A.M. Freeman. – Text: visual // Guilford Press. – 1990.

115. Beck, A.T. The Personality Belief Questionnaire / A.T. Beck, J.S. Beck // The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, Bala Cynwyd, PA, 1991. – Text: visual.

116. Borasio, G.D. Regulation of Assisted Suicide Limits the Number of Assisted Deaths / G.D. Borasio, R.J. Jox, C. Gamondi. – Text: visual // Lancet. – 2019. – Vol. 393(10175). – P. 982–983.

117. Borderline Personality Disorder with Depression Confers Significant Risk of Suicidal Behavior in Mood Disorder Patients – A Comparative Study / J.J. Söderholm, J.L. Socada, T. Rosenström [et al.]. – Text: visual // Frontiers in Psychiatry. – 2020. – Vol. 11. – P. 982–983.

118. Brown, M.Z. Linehan's Theory of Suicidal Behavior: Theory, Research, and Dialectical / M.Z. Brown // Ellis, T. (Ed.), Cognition and Suicide: Theory, Research, and Practice. – American Psychological Association, 2006. – 66 p. – Text: visual.

119. Carver, C.S. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach

/ C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub. – Text: visual // Journal of Personality and Social Psychology. – 1989. – Vol. 56. – P. 267–283.

120. Change of Suicidal Ideation Induced by Suicide Attempt / K. Matsuishi, N. Kitamura, M. Sato [et al.]. – Text: visual // Psychiatry and Clinical Neurosciences. – 2005. Vol. 59(5). – P. 599–604.

121. Chapman, A.L. Solving the Puzzle of Deliberate Self-Harm: The Experiential Avoidance Model / A.L. Chapman, K.L. Gratz, M.Z. Brown. – Text: visual // Behaviour Research and Therapy. – 2006. – Vol. 44(3). – P. 371–394.

122. Chester, D.S. Maladaptive Perfectionism's Link to Aggression and Self-Harm: Emotion Regulation as a Mechanism / D.S. Chester, L.M. Merwin, C.N. DeWall. – Text: visual // Aggressive Behavior. – 2015. – Vol. 41(5). – P. 443–454.

123. Chronic Pain Conditions and Suicidal Ideation and Suicide Attempts: An Epidemiologic Perspective / G.E. Ratcliffe, M.W. Enns, S.L. Belik [et al.]. – Text: visual // The Clinical Journal of Pain. – 2008. – Vol. 24(3). – P. 204–210.

124. Claire, A. Assisted Suicide / A. Claire, M. Velasquez // Markkula Center for Applied Ethics, Santa Clara University, 16 Nov. 2015. URL: www.scu.edu/ethics/focus-areas/bioethics/resources/assisted-suicide-a-right-or-a-wrong/ (дата обращения: 05.09.2023).

125. Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression and Suicidality / A. Spirito, C. Esposito-Smythers, J. Wolff [et al.]. – Text: visual // Child and Adolescent Psychiatric Clinics. – 2011. – Vol. 20(2). – P. 191–204.

126. Completed Suicide among Older Patients in Primary Care Practices: A Controlled Study / Y. Conwell, J.M. Lyness, P. Duberstein [et al.]. – Text: visual // Journal of the American Geriatrics Society. – 2000. – Vol. 48(1). – P. 23–29.

127. Crosby, E.S. Perceived Burdensomeness is a Curvilinear, Short-Term Predictor of Suicide Ideation in a Community Sample of Adults / E.S. Crosby, K.L. Zuromski, T.K. Witte. – Text: visual // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 2020. – Vol. 50(6). – P. 1205–1213.

128. Crowell, S.E. A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory / S.E. Crowell, T.P. Beauchaine,

M.M. Linehan. – Text: visual // *Psychological Bulletin*. – 2009. – Vol. 153(3). – P. 495–510.

129. Davis, M.H. *Measuring Individual Differences in Empathy: A Multidimensional Approach* / M.H. Davis. – Text: visual // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1983. – Vol. 44(1). – P. 113–126.

130. De Hert, M. *Risk Factors for Suicide in Young People Suffering from Schizophrenia: A Long-Term Follow-Up Study* / M. De Hert, K. McKenzie, J. Peuskens. – Text: visual // *Schizophrenia Research*. – 2001. – Vol. 47(2-3). – P. 127–134.

131. *Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients with Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects over 24 Years of Prospective Follow-Up* / C.M. Temes, F.R. Frankenburg, G.M. Fitzmaurice [et al.]. – Text: visual // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2019. – Vol. 80(1). – 18m12436.

132. Dervic, K. *Completed Suicide in Childhood* / K. Dervic, D.A. Brent, M.A. Oquendo. – Text: visual // *Psychiatric Clinics of North America*. – 2008. – Vol. 31(2). – P. 271–291.

133. *Dialectical Behavior Therapy Skills for Transdiagnostic Emotion Dysregulation: A Pilot Randomized Controlled Trial* / A.D. Neacsiu, J.W. Eberle, R. Kramer [et al.]. – Text: visual // *Behaviour Research and Therapy*. – 2014. – Vol. 59. – P. 40–51.

134. *Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators Using the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour* / K. Dhingra, D. Boduszek, R.C. O'Connor. – Text: visual // *Journal of Affective Disorders*. – 2015. – Vol. 186. – P. 211–218.

135. Ding, O.J. *Understanding Vulnerability to Late-Life Suicide* / O.J. Din, G.J. Kennedy. – Text: visual // *Current Psychiatry Reports*. – 2021. – Vol. 23(9). – P. 58.

136. *Discriminating Borderline Disorder from Other Personality Disorders* / J. Barrash, J. Kroll, K. Carey [et al.]. – Text: visual // *Archives of General Psychiatry*. – 1983. – Vol. 40(12). – P. 1297–1302.

137. ED-SAFE Investigators. *Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study* / I.W. Miller, C.A. Jr. Camargo, S.A. Arias [et al.]. – Text: visual // *JAMA Psychiatry*. – 2017. – Vol. 74(6). – P. 563–570.

138. Effectiveness of Brief Intervention and Contact for Suicide Attempters: A Randomized Controlled Trial in Five Countries / A. Fleischmann, J.M. Bertolote, D. Wasserman [et al.]. – Text: visual // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2008. – Vol. 86(9). – P. 703–709.

139. Effects of the COVID-19 Pandemic on Primary Care-Recorded Mental Illness and Self-Harm Episodes in the UK: A Population-Based Cohort Study / M.J. Carr, S. Steeg, R.T. Webb [et al.]. – Text: visual // *The Lancet Public Health*. – 2021. – Vol. 6. – P. 124–135.

140. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial / E. McCauley, M.S. Berk, J.R. Asarnow [et al.]. – Text: visual // *JAMA Psychiatry*. – 2018. – Vol. 75(8). – P. 777–785.

141. Emergency Treatment of Young People Following Deliberate Self-Harm / M. Olfson, M.J. Gameroff, S.C. Marcus [et al.]. – Text: visual // *Archives of General Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62(10). – P. 1122–1128.

142. Exploring Sociodemographic Correlates of Suicide Stigma in Australia: Baseline Cross-Sectional Survey Findings from the Life-Span Suicide Prevention Trial Studies / L.N. Sharwood, A.L. Calear, P.J. Batterham [et al.]. – Text: visual // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2023. – Vol. 20(3). – P. 2610.

143. Fehling, K.B. Suicide in DSM-5: Current Evidence for the Proposed Suicide Behavior Disorder and Other Possible Improvements / K.B. Fehling, E.A. Selby. – Text: visual // *Frontiers in Psychiatry*. – 2021. – Vol. 11. – P. 499980.

144. Gabbard, G.O. Narcissism and Suicide Risk / G.O. Gabbard. – Text: visual // *Annals of General Psychiatry*. – 2022. – Vol. 21(1). – P. 3.

145. Gender Differences in Risk Factors for Suicide in Denmark / P. Qin, E. Agerbo, N. Westergård-Nielsen [et al.]. – Text: visual // *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. – 2000. – Vol. 177. – P. 546–550.

146. Genome-Wide Association Study of Suicide Death and Polygenic Prediction of Clinical Antecedents / A.R. Docherty, A.A. Shabalina, E. DiBlasi [et al.]. – Text: visual // *The American Journal of Psychiatry*. – 2020. – Vol. 177(10). – P. 917–927.

147. Gratz, K.L. Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review / K.L. Gratz. – Text: visual // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2003. – Vol. 10(2). – P. 192–205.
148. Gysin-Maillart, A. Attempted Suicide Short Intervention Program Influences Coping among Patients with a History of Attempted Suicide / A. Gysin-Maillart, L. Soravia, S. Schwab. – Text: visual // *Journal of Affective Disorders*. – 2020. – Vol. 264. – P. 393–399.
149. Harris, E.C. Suicide as an Outcome for Mental Disorders. A Meta-Analysis / E.C. Harris, B. Barraclough. – Text: visual // *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. – 1997. – Vol. 170. – P. 205–228.
150. Hendin, H.M. Assessing Hypersensitive Narcissism: A Reexamination of Murray's Narcism Scale / H.M. Hendin, J.M. Cheek. – Text: visual // *Journal of Research in Personality*. – 1997. – P. 588–599.
151. Hepple, J. One Hundred Cases of Attempted Suicide in the Elderly / J. Hepple, C. Quinton. – Text: visual // *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. – 1997. – Vol. 171. – P. 42–46.
152. Hidden Suicidal Ideation or Intent Among Asian American Pacific Islanders: A Cultural Phenomenon Associated with Greater Suicide Severity / J. Chu, M. Lin, H. Akutsu [et al.]. – Text: visual // *Asian American Journal of Psychology*. – 2018. – Vol. 9(4). – P. 262–269.
153. Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation and Clinical Diagnosis of Depression / A.T. Beck, R.A. Steer, J.S. Beck [et al.]. – Text: visual // *Suicide & Life-Threatening Behavior*. – 1993. – Vol. 23(2). – P. 139–145.
154. Identifying Socio-Demographic Risk Factors for Suicide Using Data on an Individual Level / G. Berkelmans, R. van der Mei, S. Bhulai [et al.]. – Text: visual // *BMC Public Health*. – 2021. – Vol. 21(1). – P. 1702.
155. Implicit Measures of Suicide Vulnerability: Investigating Suicide-Related Information-Processing Biases and a Deficit in Behavioral Impulse Control in a High-Risk Sample and Healthy Controls / J. Brüdern, L. Spangenberg, M. Stein [et al.]. – Text: visual // *Behaviour Research and Therapy*. – 2024. – Vol. 180. – P. 104601.

156. Interpersonal Theory of Suicide: Prospective Examination / T. Forkmann, H. Glaesmer, L. Paashaus [et al.] // *BJPsych Open*. – 2020. – Vol. 6(5). – e113.
157. Joiner, T.E. *Why People Die by Suicide* / T.E. Joiner // Cambridge, MA: Harvard Univ. Press Describes a Pioneering Theory of Suicide, The First to Explicitly Provide Separate Explanations for Suicidal Desire and Suicide Capability; We Consider it the First Ideation-to-Action Theory of Suicide, 2005. – 78 p.
158. Kaufman, J.A. Unemployment Insurance Program Accessibility and Suicide Rates in the United States / J.A. Kaufman, M.D. Livingston, K.A. Komro. – Text: visual // *Preventive Medicine*. – 2020. – Vol. 141. – P. 106318.
159. Keyzers, C. Reply: Spontaneous Versus Deliberate Vicarious Representations: Different Routes to Empathy in Psychopathy and Autism / C. Keyzers, H. Meffert, V. Gazzola. – Text: visual // *Brain*. – 2014. – Vol. 137. – e273.
160. Kleiman, E.M. The Use of Advanced Technology and Statistical Methods to Predict and Prevent Suicide / E.M. Kleiman, C.R. Glenn, RT. Liu. – Text: visual // *Nature Reviews Psychology*. – 2023. – Vol. 2(6). – P. 347–359.
161. Klonsky, E.D. Ideation-to-Action Theories of Suicide: A Conceptual and Empirical Update / E.D. Klonsky, B.Y. Suffer, C.J. Bryan. – Text: visual // *Current Opinion in Psychology*. – 2018. – Vol. 22. – P. 38–43.
162. Klonsky, E.D. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation / E.D. Klonsky, A.M. May, B.Y. Suffer. – Text: visual // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2016. – Vol. 12. – P. 307–330.
163. Kwok, S.L. Cognitive, Emotive, and Cognitive-Behavioral Correlates of Suicidal Ideation among Chinese Adolescents in Hong Kong / S.L. Kwok, D.T. Shek. – Text: visual // *Scientific World Journal*. – 2010. – Vol. 10. – P. 366–379.
164. Linehan, M.M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* / M.M. Linehan. – New York: Guilford Press, 1993. – 558 p. – ISBN 0-89862-183-6. – Text: visual.
165. Linehan, M.M. The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy / M.M. Linehan, C.R. Wilks. – Text: visual // *American Journal of Psychotherapy*. – 2015. – Vol. 69(2). – P. 97–110.

166. Links, P.S. Pathological Narcissism and the Risk of Suicide / P.S. Links. – Text: visual // In: Ogrodniczuk, J.S., editor. Understanding and Treating Pathological Narcissism. – Washington DC: American Psychological Association, 2013. – P. 167–181.
167. Liu, H. Epidemiologic Characteristics and Trends of Fatal Suicides among the Elderly in Taiwan / H. Liu. – Text: visual // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 2009. – Vol. 39(1). – P. 103–113.
168. Loneliness and Depression in University Students / A. Rahman, A. Bairagi, B.D. Kumar [et al.]. – Text: visual // The Chittagong University Journal of Biological Science. – 2012. – Vol. 7. – P. 175–189.
169. Loneliness and the Onset of New Mental Health Problems in the General Population / F. Mann, J. Wang, E. Pearce [et al.]. – Text: visual // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2022. – Vol. 57(11). – P. 2161–2178.
170. Mashreky, S.R. Suicide Kills More Than 10,000 People Every Year in Bangladesh / S.R. Mashreky, F. Rahman, A. Rahman. – Text: visual // Archives of Suicide Research. – 2013. – Vol. 17(4). – P. 387–396.
171. McDaid, D. The Economic Case for the Prevention of Mental Illness / D. McDaid, A.L. Park, K. Wahlbeck. – Text: visual // Annual Review of Public Health. – 2019. – Vol. 40. – P. 373–389.
172. Mechanisms of Change in Dialectical Behavior Therapy: Theoretical and Empirical Observations / T.R. Lynch, A.L. Chapman, M.Z. Rosenthal [et al.]. – Text: visual // Journal of Clinical Psychology. – 2006. – Vol. 62(4). – P. 459–480.
173. Mental Disorders and Comorbidity in Suicide / M.M. Henriksson, H.M. Aro, M.J. Marttunen [et al.]. – Text: visual // American Journal of Psychiatry. – 1993. – Vol. 150(6). – P. 935–940.
174. Mental Illness Stigma and Suicidality: The Role of Public and Individual Stigma / N. Oexle, T. Waldmann, T. Staiger [et al.]. – Text: visual // Epidemiology and Psychiatric Sciences. – 2018. – Vol. 27(2). – P. 169–175.
175. Method of Attempted Suicide as Predictor of Subsequent Successful Suicide: National Long Term Cohort Study / B. Runeson, D. Tidemalm, M. Dahlin [et al.]. – Text: visual // The BMJ. – 2010. – Vol. 341. – P. c3222.

176. Michaud, L. *Le Paradoxe Du Genre Dans Le Suicide: Des Pistes Explicatives Et Pas Mal D'incertitudes* / L. Michaud, S. Brovelli, C. Bourquin. – Text: visual // *Revue Médicale Suisse*. – 2021. – Vol. 17. – P. 1265–1267.

177. Miranda, R. *Brooding and Reflection: Rumination Predicts Suicidal Ideation at 1-Year Follow-Up in a Community Sample* / R. Miranda, S. Nolen-Hoeksema. – Text: visual // *Behaviour Research and Therapy*. – 2007. – Vol. 45(12). – P. 3088–3095.

178. *Moral Injury, Posttraumatic Stress Disorder, and Suicidal Behavior among National Guard Personnel* / C.J. Bryan, A.O. Bryan, E. Roberge [et al.]. – Text: visual // *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*. – 2018. – Vol. 10(1). – P. 36–45.

179. Nolen-Hoeksema, S. *Responses to Depression and Their Effects on the Duration of Depressive Episodes* / S. Nolen-Hoeksema. – Text: visual // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1991. – Vol. 100(4). – P. 569–582.

180. O'Connor, R.C. *The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour* / R.C. O'Connor, O.J. Kirtley. – Text: visual // *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*. – 2018. – Vol. 373(1754). – P. 20170268.

181. O'Connor, R.C. *The Relationship between Entrapment and Suicidal Behavior Through the Lens of the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior* / R.C. O'Connor, G. Portzky. – Text: visual // *Current Opinion in Psychology*. – 2018. – Vol. 22. – P. 12–17.

182. O'Connor, R.C. *Towards an Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour* / R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon. – Text: visual // *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice, 2011*. – P. 181–198.

183. Paris, J. *Long-Term Follow-Up of Borderline Patients in a General Hospital* / J. Paris, R. Brown, D. Nowlis. – Text: visual // *Comprehensive Psychiatry*. – 1987. – Vol. 28(6). – P. 530–535.

184. Paris, J. *Suicidality in Borderline Personality Disorder* / J. Paris. – Text: visual // *Medicina*. – 2019. – Vol. 55. – P. 223.

185. *Perfectionism and Suicide Ideation in Adolescent Psychiatric Patients* /

P. Hewitt, J. Newton, G. Flett [et al.]. – Text: visual // *Journal of Abnormal Child Psychology*. – 1997. – Vol. 25(2). – P. 95–101.

186. Perfectionism Cognition Theory: The Cognitive Side of Perfectionism / G.L. Flett, P.L. Hewitt, T. Nepon [et al.]. – Text: visual // *The Psychology of Perfectionism: Theory, Research, Applications*. – London, England: Routledge, 2018. – P. 89–110.

187. Phillips, J.A. Differences in U.S. Suicide Rates by Educational Attainment / J.A. Phillips, K. Hempstead. – Text: visual // *American Journal of Preventive Medicine*. – 2017. – Vol. 53(4). – P. e123–e130.

188. Pollock, L.R. Effective Problem Solving in Suicide Attempters Depends on Specific Autobiographical Recall / L.R. Pollock, J.M. Williams. – Text: visual // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2001. – Vol. 31(4). – P. 386–396.

189. Predicting Suicidal Ideation by Interpersonal Variables, Hopelessness and Depression in Real-Time. An Ecological Momentary Assessment Study in Psychiatric Inpatients with Depression / N. Hallensleben, H. Glaesmer, T. Forkmann [et al.]. – Text: visual // *European Psychiatry*. – 2019. – Vol. 56. – P. 43–50.

190. Problem-Based Learning as an Effective Method for Teaching Theoretical Surgery Courses to Medical Students / F.V. Davari, F. Teymouri, H.A. Amoli [et al.]. – Text: visual // *Journal of Education and Health Promotion*. – 2021. – Vol. 10. – P. 477.

191. Psychiatric Aspects of Suicidal Behavior: Personality Disorders / M.M. Linehan, S.L. Rizvi, S.S. Welch [et al.]. – Text: visual // *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, 2000. – P. 147–178.

192. Quantitative Methods to Detect Suicide and Self-Harm Clusters: A Systematic Review / R. Benson, J. Rigby, C. Brunsdon [et al.]. – Text: visual // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2022. – Vol. 19(9). – P. 5313.

193. Rajappa, K. Emotion Dysregulation and Vulnerability to Suicidal Ideation and Attempts / K. Rajappa, M. Gallagher, R. Miranda. – Text: visual // *Cognitive Therapy and Research*. – 2012. – Vol. 36. – P. 833–839.

194. Raposa, E.B. Prosocial Behavior Mitigates the Negative Effects of Stress in

Everyday Life / E.B. Raposa, H.B. Laws, E.B. Ansell. – Text: visual // *Clinical Psychological Science*. – 2016. – Vol. 4(4). – P. 691–698.

195. Reiter-Theil, S. Taking One's Own Life in Hospital? Patients and Health Care Professionals Vis-à-Vis the Tension between Assisted Suicide and Suicide Prevention in Switzerland / S. Reiter-Theil, C. Wetterauer, I.A. Frei. – Text: visual // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2018. – Vol. 15(6). – P. 1272.

196. Repeat Self-Harm Following Hospital-Presenting Intentional Drug Overdose among Young People – A National Registry Study / C. Daly, E. Griffin, E. McMahon [et al.]. – Text: visual // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020. – Vol. 17(17). – P. 6159.

197. Risk Factors for Fatal and Nonfatal Repetition of Suicide Attempts: A Literature Review / M. Beghi, J.F. Rosenbaum, C. Cerri [et al.]. – Text: visual // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2013. – Vol. 9. – P. 1725–1736.

198. Russell, D. The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence / D. Russell, L.A. Peplau, C.E. Cutrona. – Text: visual // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1980. – Vol. 39. – P. 472–480.

199. Salgado, R.M. Dysfunction of Empathy and Related Processes in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review / R.M. Salgado, R. Pedrosa, A.J. Bastos-Leite. – Text: visual // *Harvard Review of Psychiatry*. – 2020. – Vol. 28(4). – P. 238–254.

200. Self-Harming and Sense of Agency in Patients with Borderline Personality Disorder / L. Colle, D. Hilviu, R. Rossi [et al.]. – Text: visual // *Frontiers in Psychiatry*. – 2020. – Vol. 11. – P. 449.

201. Self-Regulation of Unattainable Goals in Suicide Attempters: A Two Year Prospective Study / R.C. O'Connor, R.E. O'Carroll, C. Ryan [et al.]. – Text: visual // *Journal of Affective Disorders*. – 2012. – Vol. 142. – P. 248–255.

202. Sheridan Rains, L. COVID-19 Mental Health Policy Research Unit Group. Early Impacts of the COVID-19 Pandemic on Mental Health Care and on People with Mental Health Conditions: Framework Synthesis of International Experiences and Responses / L. Sheridan Rains, S. Johnson, P. Barnett. – Text: visual // *Social Psychiatry*

and Psychiatric Epidemiology. – 2021. – Vol. 56(1). – P. 13–24.

203. Shneidman, E.S. Definition of Suicide / E.S. Shneidman // New York: Wiley, 1985. – 280 p. – ISBN 0-471-88225-9. – Text: visual.

204. Social Isolation and Suicide Risk: Literature Review and Perspectives / C. Motillon-Toudic, M. Walter, M. Séguin [et al.]. – Text: visual // European Psychiatry. – 2022. – Vol. 65(1). – P. e65.

205. Socio-Demographic Features and Trends of Suicide Mortality in Babylon Province, Irak / A.K. Al-Humairi, Q.I. Kadhem, J.A. Saied [et al.]. – Text: visual // AVFT-Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. – 2020. – Vol. 39. – № 5.

206. Sociodemographic Profile, Clinical Factors, and Mode of Attempt in Suicide Attempters in Consultation Liaison Psychiatry in a Tertiary Care Center / S. Ramdurg, S. Goyal, P. Goyal [et al.]. – Text: visual // Industrial Psychiatry Journal. – 2011. – Vol. 20(1). – P. 11–16.

207. Socioeconomic Position and Suicidal Behaviour in Rural Sri Lanka: A Prospective Cohort Study of 168,000+ People / D.W. Knipe, D. Gunnell, R. Pieris [et al.]. – Text: visual // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2019. – Vol. 54(7). – P. 843–855.

208. Stoeber, J. Perfectionism is Adaptive and Maladaptive, but What's the Combined Effect? / J. Stoeber, D.J. Madigan, L. Gonidis. – Text: visual // Personality and Individual Differences. – 2020. – Vol. 161. – P. 109846.

209. Stone, M. Long-Term Course of Borderline Personality Disorder / M. Stone. – Text: visual // Psychodynamic Psychiatry. – 2016. – Vol. 44(3). – P. 449–474.

210. Structural Brain Abnormalities and Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder / P.H. Soloff, P. Pruitt, M. Sharma [et al.]. – Text: visual // Journal of Psychiatric Research. – 2012. – Vol. 46(4). – P. 516–525.

211. Suicidal Thoughts and Behaviors are Associated with an Increased Decision-Making Bias for Active Responses to Escape Aversive States / A.J. Millner, H.E. den Ouden, S.J. Gershman [et al.]. – Text: visual // Journal of Abnormal Psychology. – 2019. – Vol. 128(2). – P. 106–118.

212. Suicidality: Results of Recent Meta-Analyses // Counseling Psychology and

Psychotherapy. – 2023. – Vol. 31, № 2. – P. 171–176. – Text: visual.

213. Suicide and Self-Harm Risk Assessment: A Systematic Review of Prospective Research / M.M. Saab, M. Murphy, E. Meehan [et al.]. – Text: visual // Archives of Suicide Research. – 2021. – Vol. 26(4). – P. 1–21.

214. Suicide and Suicidal Behavior / M.K. Nock, G. Borges, E.J. Bromet [et al.]. – Text: visual // Epidemiologic Reviews. – 2008. – Vol. 30(1). – P. 133–154.

215. Suicide and Telehealth Treatments: A PRISMA Scoping Review / S.R. Sullivan, K. Myhre, E.L. Mitchell [et al.]. – Text: visual // Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research. – 2022. – Vol. 26(4). – P. 1794–1814.

216. Suicide Following Deliberate Self-Harm / M. Olfson, M. Wall, S. Wang [et al.]. – Text: visual // American Journal of Psychiatry. – 2017. – Vol. 174(8). – P. 765–774.

217. Suicide following Self-Harm: Findings from the Multicentre Study of Self-Harm in England, 2000–2012 / K. Hawton, H. Bergen, J. Cooper [et al.]. – Text: visual // Journal of Affective Disorders. – 2015. – Vol. 175. – P. 147–151.

218. Suicide in Queensland: Annual Report 2020 / S. Leske, G. Adam, I. Schrader [et al.]. – Text: visual // In: Australian Institute for Suicide Research and Prevention: School of Applied Psychology / Griffith University, 2020. – P. 34–67.

219. Suicide Risk after Nonfatal Self-Harm: A National Cohort Study, 2000–2008 / B. Runeson, A. Haglund, P. Lichtenstein [et al.]. – Text: visual // The Journal of Clinical Psychiatry. – 2016. – Vol. 77(2). – P. 240–246.

220. Swiss Medical End-of-Life Decisions Study Group. Medical End-of-Life Practices in Swiss Cultural Regions: A Death Certificate Study / S.A. Hurst, U. Zellweger, G. Bosshard [et al.]. – Text: visual // BMC Medicine. – 2018. – Vol. 16(1). – P. 54.

221. Taylor, G.J. Toward the Development of a New Self-Report Alexithymia Scale / G.J. Taylor, D. Ryan, R.M. Bagby. – Text: visual // Psychotherapy and Psychosomatics. – 1985. – Vol. 44(4). – P. 191–199.

222. Teismann, T. Psychotherapie nach einem Suizidversuch – Evidenzlage und Bewertung [Psychotherapy after a Suicide Attempt–Current Evidence and Evaluation] /

T. Teismann, A. Gysin-Maillart. – Text: visual // Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. – 2022. – Vol. 65(1). – P. 40–46.

223. The Association between Social Support and Mental Health among Vulnerable Adolescents in Five Cities: Findings from the Study of the Well-Being of Adolescents in Vulnerable Environments / Y. Cheng, X. Li, C. Lou [et al.]. – Text: visual // Journal of Adolescent Health. – 2014. – Vol. 55. – P. S31–S38.

224. The Characteristics of the Suicide Attempter According to the Onset Time of the Suicidal Ideation / K. Otsuka, H. Nakamura, K. Kudo [et al.]. – Text: visual // Annals of general psychiatry. – 2015. – Vol. 14. – P. 48.

225. The Co-Occurrence of Self-Harm and Aggression: A Cognitive-Emotional Model of Dual-Harm / M. Shafti, P.J. Taylor, A. Forrester [et al.]. – Text: visual // Frontiers in Psychology. – 2021. – Vol. 12. – P. 586135.

226. The Experience of Loneliness among People with a «Personality Disorder» Diagnosis or Traits: A Qualitative Meta-Synthesis / S. Ikhtabi, A. Pitman, G. Toh [et al.]. – Text: visual // BMC Psychiatry. – 2022. – Vol. 22. – P. 130.

227. The Impact of Guidance on the Supply of Codeine-Containing Products on Their Use in Intentional Drug Overdose / E. Birchall, I.J. Perry, P. Corcoran [et al.]. – Text: visual // The European Journal of Public Health. – 2021. – Vol. 31(4). – P. 853–858.

228. The Interpersonal Theory of Suicide / K.A. Van Orden, T.K. Witte, K.C. Cukrowicz [et al.]. – Text: visual // Psychological Review. – 2010. – Vol. 117(2). – P. 575–600.

229. Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness: Construct Validity and Psychometric Properties of the Interpersonal Needs Questionnaire / K.A. Van Orden, K.C. Cukrowicz, T.K. Witte [et al.]. – Text: visual // Psychological assessment. – 2012. – Vol. 24(1). – P. 197–215.

230. Treynor, W. Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis / W. Treynor, R. Gonzalez, S. Nolen-Hoeksema. – Text: visual // Cognitive Therapy and Research. – 2003. – Vol. 27. – P. 247–259.

231. Urnes, O. Selvskading og Personlighetsforstyrrelser / O. Urnes. – Text: visual // Tidsskrift for Den Norske Lægeforening. – 2009. – Vol. 129(9). – P. 872–876.

232. Vijayakumar, L. Indian Research on Suicide / L. Vijayakumar. – Text: visual // *Indian Journal of Psychiatry*. – 2010. – Vol. 52. – S291– S296.
233. Watkins, E.R. Depressive Rumination: Investigating Mechanisms to Improve Cognitive Behavioral Treatments / E.R. Watkins. – Text: visual // *Cognitive Behaviour Therapy*. – 2009. – Vol. 38. – P. 8–14.
234. Watkins, E.R. Rumination-Focused Cognitive-Behavior Therapy for Residual Depression: A Case Series / E.R. Watkins, J. Scott, J. Wingrove. – Text: visual // *Behaviour Research and Therapy*. – 2007. – Vol. 45(9). – P. 2144–2154.
235. Wedig, M.M. Parents Expressed Emotion and Adolescent Self-Injury / M.M. Wedig, M.K. Nock. – Text: visual // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2007. – Vol. 46(9). – P. 1171–1178.
236. When is Hastened Death Considered Suicide? A Systematically Conducted Literature Review about Palliative Care Professionals' Experiences Where Assisted Dying is Legal / S.M. Gerson, A. Bingley, N. Preston [et al.]. – Text: visual // *BMC Palliative Care*. – 2019. – Vol. 18. – P. 75.
237. Young, E.E. Genetic Basis of Pain Variability: Recent Advances / E.E. Young, W.R. Lariviere, I. Belfer. – Text: visual // *Journal of Medical Genetics*. – 2011. – Vol. 49(1). – P. 1–9.

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

- Рисунок 1 Схема факторов суицидального риска и приобретенной способности к суициду
- Рисунок 2 Схема Трехступенчатой модели E.D. Klonsky