

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ имени Л.Г. ЩУКИНОЙ

---

MOSCOW STATE UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY AND EDUCATION  
THE FACULTY OF COUNSELING AND CLINICAL PSYCHOLOGY  
THE L.G. SHCHUKINA PSYCHOLOGICAL INSTITUTE

# КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

Том 24. № 3 (92) 2016 июль—сентябрь

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва  
Moscow

ISSN 2075-3470

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи  
информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ № ФС77-36580

---

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

*Главный редактор*  
А.Б. Холмогорова

*Редакционная коллегия*  
Ф.Е. Василюк, Н.Г. Гаранян (зам. главного редактора), В.К. Зарецкий  
Е.В. Филиппова, Э. Майденберг (США), П. Шайб (Германия)

*Редактор*  
Н.А. Польская

*Оригинал-макет*  
М.А. Баскакова

---

*Адрес редакции:*  
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305  
Телефон: + 7 (495) 632-92-12  
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com  
www.cppjournal.ru

*Вопросы подписки и приобретения:*  
27051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305  
Телефон: + 7 (495) 632-92-12  
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

*Редакция не располагает возможностью вести переписку,  
не связанную с вопросами подписки и публикаций*

*Перепечатка любых материалов, опубликованных в журнале  
«Консультативная психология и психотерапия»,  
допускается только с разрешения редакции*

В оформлении обложки использован фрагмент картины  
Клодта М.К. «Лесная даль в полдень».

© ФГБОУ ВО МГППУ. Факультет консультативной и клинической психологии, 2016

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 11,2. Тираж 1000 экз.

- ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**
- 5 *Холмогорова А.Б.*  
Предисловие главного редактора
- НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**
- 8 *Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г.*  
Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков
- 25 *Борисоник Е.В., Любов Е.Б.*  
Клинико-психологические последствия суицида для семьи жертвы
- ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**
- 42 *Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С., Вихристюк О.В., Летова А.В., Баженова М.Д.*  
Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных учреждениях
- 69 *Черная М.И., Холмогорова А.Б., Зубарева О.В., Журавлева Т.В.*  
Клинические и социально-психологические характеристики пациентов с суицидальными попытками
- 89 *Шустов Д.И., Тучина О.Д., Федотов И.А., Новиков С.А.*  
Аутоагрессивная алкогольная личность
- МАСТЕРСКАЯ И МЕТОДЫ**
- 110 *Польская Н.А.*  
Модели коррекции и профилактики самоповреждающего поведения
- 126 *Конина М.А., Холмогорова А.Б.*  
Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-VPD): адаптация для русскоязычной выборки
- 144 *Холмогорова А.Б.*  
Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии
- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**
- 164 *Немцов А.В., Шельгин К.В.*  
Алкоголь – существенный фактор самоубийств
- ЭССЕ**
- 181 *Романова Е.В.*  
Есть ли жизнь после смерти: из опыта психотерапевтической работы с подростками после истинной суицидальной попытки

**FROM THE EDITOR**

- 5 *Kholmogorova A.B.*  
From the Editor

**RESEARCH REVIEWS**

- 8 *Syrovkashina K.V., Dozortseva E.G.*  
Psychological factors of risk of suicidal behavior in adolescents
- 25 *Borisonik E.V., Lyubov E.B.*  
Clinical and psychological consequences for the families  
of suicide victim

**EMPIRICAL RESEARCHES**

- 42 *Bannikov G.S., Fedunina N.Y., Pavlova T.S., Vikhristyuk O.V.,  
Letova A.V., Bazhenova M.D.*  
Mechanisms of self-harm behavior in non-clinical adolescent  
population: the results of monitoring in Moscow schools
- 69 *Chernaia M.I., Kholmogorova A.B., Zubareva O.V., Zhuravleva T.V.*  
Clinical and socio-psychological characteristics of patients with  
suicidal attempts
- 89 *Shustov D.I., Tuchina O.D., Fedotov I.A., Novicov S.A.*  
Self-destructive alcoholic personality

**WORKSHOP AND METHODS**

- 110 *Polskaya N.A.*  
Models of correction and prevention of self-injurious behavior
- 126 *Konina M.A., Kholmogorova A.B.*  
The Personality Beliefs Questionnaire in borderline personality  
disorder (PBQ-BPD): adaptation for Russian-speaking selection
- 144 *Kholmogorova A.B.*  
Suicidal behavior: theoretic model and practical implications  
in cognitive-behavioral therapy

**EPIDEMIOLOGICAL STUDIES**

- 164 *Nemtsov A.V., Shellugin K.V.*  
Alcohol is an Essential Factor of Suicides

**ESSAY**

- 181 *Romanova E.V.*  
Is there life after death: from psychotherapeutic practice  
with adolescents after their true suicide attempt

---

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

---

## ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Наша редакционная коллегия уже давно собиралась посвятить один из выпусков журнала проблеме аутодеструктивного поведения в связи с ростом ее значимости в современном обществе. Аутодеструктивное поведение включает в себя широкий спектр нарушений — от наиболее тяжелых форм в виде завершенных суицидов или множественных суицидальных попыток без летального исхода (хроническое суицидальное поведение) до разных форм телесных самоповреждений и рискованного саморазрушительного поведения.

Наиболее уязвимыми к развитию аутодеструктивного поведения оказываются подростки. В настоящее время они составляют наибольшую по численности возрастную группу на планете — 1,8 миллиардов человек — это четверть населения планеты. В подростковом возрасте резко возрастает опасность утраты физического здоровья в результате травм разного генеза, приема психоактивных веществ, агрессии и суицидов — в совокупности это составляет первую причину смертности среди подростков. Именно в этом возрасте чаще всего манифестируют наиболее распространенные психические расстройства, которые сами по себе повышают риск суицидального поведения. Поэтому не случайно в данном спецвыпуске три статьи из разных рубрик полностью посвящены подросткам.

В новой рубрике журнала — «Научные обзоры», в статье известных экспертов в области судебной экспертизы К.С. Сырквашиной и Е.Г. Дозорцевой приводится анализ современных моделей и исследований факторов суицидального поведения у подростков. Подчеркивая чрезвычайное многообразие этих факторов, авторы делают вывод о важности герменевтического метода анализа материалов уголовного дела в рамках судебной экспертизы психического состояния подростка, совершившего суицид. В этой же рубрике представлена статья Е.В. Борисоник и Е.Б. Любова, посвященная послед-

### Для цитаты:

*Холмогорова А.Б.* Предисловие главного редактора // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 5—7. doi: 10.17759/cpp.20162403001

ствиям совершенного суицида для родственников суицидентов. Речь в ней идет не только о семьях совершивших суицид подростков — статья широко охватывает эту пока мало изученную в российской психологии проблему, сводя воедино уже имеющиеся данные, убедительно свидетельствующие о тяжелых психологических последствиях суицида любого человека для его близких.

Статья из рубрики «Эмпирические исследования», подготовленная группой сотрудников отдела экстренной психологической помощи МГППУ — Г.С. Банниковым, Н.Ю. Федуниной, Т.С. Павловой, О.В. Вихристюк, А.В. Летовой и М.Д. Баженовой, вызывает большой интерес уникальными данными скрининга самоповреждающего поведения у подростков московских школ в сочетании с изучением его механизмов. Материал статьи позволяет наглядно представить себе широкую распространенность этой формы аутодеструктивного поведения и разнообразие его этиологии.

Рубрика «Мастерская и метод» представлена тремя статьями. Открывает рубрику статья Н.А. Польской, под руководством которой за последние годы был выполнен большой цикл пионерских исследований в области самоповреждающего поведения. В статье представлены модели и методы коррекции самоповреждающего и суицидального поведения: описаны конкретные формы и приемы оказания психологической помощи, рассмотрены направления и уровни профилактики, а также нежелательные терапевтические и профилактические приемы, провоцирующие проявления аутодеструкции.

Аутодеструктивное поведение является характерным симптомом пограничного расстройства личности. В нашем спецвыпуске представлена статья М.А. Кониной и А.Б. Холмогоровой, посвященная результатам адаптации на русскоязычной выборке опросника дисфункциональных убеждений при этом расстройстве. Хочется выразить надежду, что эта методика пополнит арсенал валидного диагностического инструментария российских специалистов и найдет широкое применение, благодаря ее компактности и информативности. Продолжает эту рубрику статья А.Б. Холмогоровой, в которой обобщены и проанализированы многолетние наработки когнитивно-бихевиоральной традиции, начиная с работ А.Бека, в области изучения основных предикторов суицидального поведения и построения модели помощи пациентам с хроническим суицидальным поведением. Распространенность такого поведения, его типичные формы, клинические диагнозы и социально-психологические характеристики пострадавших представлены в виде наглядных таблиц с конкретными цифрами в статье М.И. Черной с соавторами — А.Б. Холмогоровой, О.В. Зубаревой и Т.В. Журавлевой. Данные получены на основе анализа материалов историй болезни пациентов, госпитализированных в Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского в связи с суицидальным поведением (статья приведена в рубрике «Эмпирические исследования»).

Рубрика «Эмпирические исследования» помимо двух уже упомянутых выше статей о самоповреждающем поведении у подростков и о факторах хронического суицидального поведения включает статью известного спе-

циалиста в области алкогольной аутоагрессии Д.И. Шустова в соавторстве с Т.Д. Тучиной, И.А. Федотовым и С.А. Новиковым. Это исследование вызывает несомненный интерес попыткой создания типологии алкогольных аутодеструктивных сценариев на материале анализа большой выборки пациентов, проходивших психотерапию.

В этом номере журнала вводится еще одна новая рубрика – «Эпидемиологические исследования». Важность такого рода исследований для российской науки очень высока, так как в последнее время не проводится масштабных надежных проектов, тестирующих ситуацию в области психического здоровья населения. Между тем, такого рода проекты, представляющие реальную картину и масштаб той или иной проблемы, крайне необходимы для планирования любых стратегических мероприятий по решению вопросов психического и физического здоровья. Проблема алкоголя является одной из самых болезненных для эпидемиологической ситуации в России, так как тесно связана с суицидальным, саморазрушительным поведением и преждевременной смертностью населения. Рубрика представлена статьей известного своими работами в этой области психиатра-нарколога А.В. Немцова в соавторстве с К.В. Шелыгиным. Материал статьи доказывает широкие возможности эпидемиологических методов для выявления закономерностей динамики самоубийств в связи с алкогольной ситуацией и убедительно демонстрирует уникальность этой ситуации в России.

Наконец, в рубрике «Анализ случая» приведены описания конкретных историй подростковых суицидов из опыта психотерапевтической работы. Автор статьи, детский психиатр и психотерапевт Е.В. Романова, делится своим многолетним опытом и подчеркивает необходимость комплексной помощи этому контингенту: врачебной, психотерапевтической, а также охватывающей ближайшее социальное окружение подростка. Необходимость в формировании такой системы помощи является, по нашему мнению, делом первостепенной важности в современной ситуации высоких социальных рисков для психического здоровья и психологического благополучия подрастающего поколения. Пока комплексная помощь подросткам с суицидальным поведением находится в нашей стране в зачаточном состоянии. Мы будем рады получить отклик специалистов из регионов, где такую систему удалось создать. Их статьи будут обязательно напечатаны в нашем журнале.

Хочется выразить надежду, что поднятая на страницах нашего журнала проблема аутодеструктивного поведения вызовет отклик у исследователей и практиков, которые ею занимаются, и в портфель редакции поступят новые материалы для ее широкого освещения.

*А.Б. Холмогорова*

**For citation:**

Kholmogorova A.B. From the Editor. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 5–7. doi: 10.17759/cpp.20162403001. (In Russ., abstr. in Engl.)

---

## НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

---

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

**К.В. СЫРОКВАШИНА\***,  
ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского», Москва, Россия,  
syrokvashina@mail.ru

**Е.Г. ДОЗОРЦЕВА\*\***,  
ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского», Москва, Россия,  
edozortseva@mail.ru

В статье обсуждаются актуальные подходы к анализу основных психологических факторов риска суицидального поведения у подростков с учетом

### Для цитаты:

*Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г.* Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 8—24. doi: 10.17759/cpp.20162403002

\* *Сыроквашина Ксения Валерьевна*, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психологии детского и подросткового возраста, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского») Минздрава России, Москва, Россия, syrokvashina@mail.ru

\*\* *Дозорцева Елена Георгиевна*, доктор психологических наук, руководитель лаборатории психологии детского и подросткового возраста, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского») Минздрава России; заведующая кафедрой юридической психологии и права, ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия, edozortseva@mail.ru



внешних и внутренних условий развития в подростковом возрасте. Обозначается роль средств массовой информации и социальных сетей в генезе суицидального поведения подростков. Описываются личностные факторы суицидального поведения подростков в системе проблем формирования идентичности подростка, его диспозиционных черт, а также личностных расстройств. Отмечается вклад когнитивных убеждений и мыслей в суицидальное поведение. Описываются типичные траектории формирования суицидального поведения.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, подростковый возраст, факторы риска, личностные факторы, гендерная идентичность, траектории формирования суицидального поведения.

## **Введение**

В настоящее время одной из актуальных проблем, встающих перед специалистами в области душевного здоровья, является проблема суицидального поведения, особенно в подростковой популяции. Недавние сообщения о наиболее громких случаях самоубийств заставили профессионалов и общество серьезно задуматься: что ведет подростков к суицидальному поведению? Какие факторы являются наиболее значимыми для формирования такого поведения? Какие факторы становятся ключевыми при переходе от замысла и конфликта к реализации намерения в виде суицидального поступка?

Традиционно выделяются несколько форм суицидального поведения: суицидальные мысли, суицидальные попытки и завершённые суициды [13]. Суицидальные мысли распространены относительно широко, в том числе среди подростков. Опыт их переживания имеет около трети подростков [29]. Суицидальные попытки являются одним из наиболее точных предикторов совершения самоубийства в будущем. Трагизм завершённых суицидов заключается не только в смерти подростка, но в тяжелых последствиях для его микро- и макросоциального окружения.

## **Подходы к рассмотрению факторов риска суицидального поведения**

Дискуссии относительно превалирования биологических или социальных факторов в формировании суицидального поведения уходят в прошлое, уступая место интегративному подходу в рамках биопсихосоциальной модели, в соответствии с которым суицидальное

поведение возникает как результат взаимодействия биологических, социальных и психологических факторов [38]. Выделяются несколько современных моделей суицидального поведения, в рамках которых акцент делается на каком-либо из факторов или их сочетании [6; 13; 39].

Традиционно приняты несколько классификаций факторов риска. Так, факторы риска подразделяют на актуальные (острые) и хронические. Такие хронические факторы риска, как психические расстройства (например, депрессивное или биполярное расстройство), при взаимодействии с острыми факторами, например, стрессовой ситуацией в связи с прекращением отношений, существенно увеличивают вероятность суицидального поведения [27]. Кроме того, предлагается разделение факторов риска на актуальные, такие как депрессивное состояние с переживаниями обиды, безысходности, безнадежности, одиночества, гнева, и потенциальные, например, дисгармоничность в семейных отношениях и дисгармоничность структуры личности [3].

Другой классификацией является разделение факторов риска на статические, неизменные (например, индивидуальная история насилия в отношении подростка) и динамические факторы, на которые можно воздействовать (депрессивное или иное состояние). Наконец, выделяются центральные и периферические факторы риска, при этом в качестве периферических могут выступать исторические факторы, а центральными в случае подростковых суицидов становятся те, что наиболее часто служат непосредственной причиной суицидального поведения, — разрыв отношений или несправедливые, с точки зрения подростка, дисциплинарные меры [10].

В настоящее время в связи с особым вниманием к суицидальному поведению подростков появилась возможность провести исследование появления различных факторов, а также их сочетания в рамках судебно-экспертного анализа. Имеющийся в рамках подобного исследования доступ к различным источникам информации о психическом развитии, личностных особенностях, семейных отношениях и ситуационных обстоятельствах, предшествовавших суициду, позволяет провести анализ факторов в аспекте их временного развития, а также взаимодействия между собой.

Рассматривая содержательную составляющую различных факторов риска, мы хотели бы объединить их в группы, включающие в себя факторы демографические, социальные (среди которых очень важны факторы влияния средств массовой информации), клинические, и наиболее подробно остановиться на психологических факторах риска — межличностных, личностных и связанных с эмоциональным состоянием.

## **Демографические и социальные факторы суицидального поведения у подростков**

Среди демографических факторов одним из наиболее значимых является возраст. Сравнительно медленное увеличение количества завершенных суицидов в период от 10 до 14 лет сменяется стремительным ростом их числа в возрасте от 15 до 19 лет [15]. Суицид является в последнее время второй причиной смерти среди подростков 15—19 лет в США [36]. В 2009 г. относительный показатель смертности от суицидов в этом возрасте составлял в Соединенных Штатах 7,47 случаев на 100000 подросткового населения в год [27]. В целом, при анализе показателей из 90 стран обнаруживается, что на рубеже XX и XXI вв. суицид являлся четвертой причиной смерти среди мальчиков и третьей — среди девочек 15—19 лет [40]. Вместе с тем, младшая возрастная группа подростков также заслуживает внимания суицидологов. Так, в Литве, одной из стран с наиболее высоким уровнем подростковых самоубийств, 23,8% подростков в возрасте 13—15 лет серьезно рассматривали совершение попытки самоубийства, 13,7% планировали суицид, 13,2% совершали суицидальную попытку, а 4,1% нуждались в лечении в связи с предшествующей суицидальной попыткой [41]. В России, которая находится в числе наиболее неблагоприятных стран в отношении подростковых суицидов (наряду с такими странами, как Шри-Ланка, Литва и Казахстан), средним показателем в 2010 г. являлся 19,8 на 100000 населения соответствующей возрастной группы [7]. Отмечается, что этот показатель значительно варьируется в зависимости от этнической принадлежности и места проживания суицидентов. Так, в ряде республик Российской Федерации (Тыва, Бурятия, Саха) относительное число суицидов в несколько раз превышает данные других регионов [7]. В США более высоким рейтингом самоубийств среди подростков характеризуется принадлежность к американским индейцам и коренному населению Аляски [27].

Гендерные характеристики также отражаются в суицидальных рейтингах: мальчики традиционно чаще совершают суицидальные попытки с летальным исходом. Некоторые авторы связывают это с выбором способа суицидальных действий (мальчики выбирают более летальные; так, в США это огнестрельное оружие). Однако за последнее время эта тенденция, в том числе и в России, стала меняться, девочки также прибегают к летальным способам, таким, как повешение или прыжок с высоты.

Среди социальных факторов суицидального поведения выделяют семейные характеристики (в особенности проблемы психического здоровья и суицидальное поведение среди родственников, а также особенности отношений, привязанности и наличие конфликтов в семье), взаимоотношения со сверстниками (включая ситуации преследования

и буллинга со стороны одноклассников), влияние средств массовой информации и социальных сетей [13; 27].

Семейные характеристики традиционно привлекают большое внимание при анализе суицидального поведения подростков. Такие факторы, как насилие в семье, в том числе сексуальное, пренебрежение нуждами ребенка, качество контакта с родителями, часто встречаются в ситуациях суицидального поведения подростков [21; 37]. Кроме того, особенным образом отмечается ситуация потери родителя (одного или обоих) в случае их смерти, ситуация разделенности с одним из родителей вследствие развода [13]. Разрушение семьи в результате развода — одна из частых предпосылок суицидального поведения у литовских подростков, при этом в интактных семьях в качестве семейных факторов самоубийств выступают неудовлетворенность отношениями, отсутствие эмоциональной поддержки со стороны родителей, авторитарно-репрессивный стиль воспитания отца и отсутствие заботы со стороны матери [41]. Мощным суицидогенным фактором является история суицида родителей, в 5 раз повышающая вероятность суицидального поведения детей [12]. В практике экспертизы по делам о самоубийстве подростков наличие проблем в семейных отношениях встречается достаточно часто, вместе с тем, это обстоятельство вносит различный вклад в итоговый поступок подростка. Так, в ряде случаев семейные отношения выступают в качестве фона и становятся одним из факторов, усиливающих неблагополучие, в то время как в других случаях именно семейный конфликт становится триггером для совершения суицида, при этом важное значение имеют ситуации ограничения со стороны родителей, дисциплинарных мер (порицание за несоответствующее поведение, ограничение в передвижениях и связях со сверстниками).

Воздействие информации о суицидах в литературе и средствах массовой информации на совершение самоубийств издавна было предметом анализа суицидологов, а сам феномен «подражательного» суицидального поведения был назван «синдромом Вертера», по ассоциации с известным романом И.В. Гете. Повышение риска совершения суицида после публикаций в СМИ характерно для подростков, в особенности для девочек [5].

Внимание исследователей все больше привлекает влияние сети Интернет на суицидальное поведение подростков. По данным американских психологов [28], занятие видеоиграми или погружение в Интернет больше, чем на 5 часов в день, связано с риском депрессии и появления суицидальных мыслей. Особое значение имеет поиск в сети Интернет подростками с суицидальными идеями информации на темы, связанные с суицидом. Подобные поиски стимулируют суицидальное поведение с высокой вероятностью завершенных суицидов [24]. Общение

непосредственное или в социальных сетях со сверстниками, склонными к суицидальному поведению, также оказывает провоцирующее влияние на суицидальные тенденции подростков [42]. Данная проблема остро актуальна в настоящее время и для России в связи с рядом «громких» случаев самоубийств, в которых родственники погибших указывают на их вовлеченность в деятельность так называемых «групп самоубийц» в социальной сети «ВКонтакте». Вместе с тем, в этой сфере необходимы дальнейшие исследования [4]. Особого внимания требует оценка роли данных факторов в генезе суицидального поведения, как центральных, ведущих, так и периферических.

### **Клинические и психологические факторы совершения суицидов у подростков**

Основным клиническим фактором суицидального поведения является наличие психических расстройств, среди которых преобладают расстройства настроения, преимущественно в виде депрессивных состояний [13]. Кроме того, в качестве предрасполагающих к совершению суицида выделяются такие расстройства, как проблемы зависимости от психоактивных веществ, расстройства поведения, тревожные и посттравматические расстройства, пищевые расстройства, расстройства сна, формирующиеся личностные расстройства [20; 22; 27; 35]. Так, при проведении «психологической аутопсии» (исследование причин самоубийства на основе собранной информации, в данном случае — путем опроса родственников погибших) на выборке из 19 бельгийских подростков от 15 до 19 лет исследователи выявили наличие хотя бы одного психического расстройства, причем в половине случаев это было расстройство личности, в одной пятой случаев — расстройство адаптации [31]. В нашей практике экспертных исследований психиатрические диагнозы выставляются не более чем в трети случаев, при этом также преобладают депрессивные состояния, однако диагноз личностного расстройства практически не используется. Употребление алкоголя или наркотиков, помимо проблем, связанных с зависимостью, в целом ряде случаев становится одним из ситуационных факторов, обуславливающих суицидальные действия, так как состояние опьянения способствует снятию барьеров перед суицидальными действиями.

В качестве основных психологических факторов суицидального поведения у подростков выступают личностные аномалии, проблемы идентичности (социальной и гендерной), а также внутрличностный конфликт, трудности межличностного взаимодействия, когнитивный

фактор (проблемы убеждений и установок подростков, их представления о смерти).

Личностные характеристики суицидентов находятся в центре внимания специалистов, при этом непростой задачей становится выделение тех особенностей, которые участвуют в формировании суицидального поведения. Сама личностная структура в клинико-психологическом контексте имеет большое значение при оценке взаимосвязи с суицидальным поведением. Так, личностные расстройства кластера В, а именно антисоциальное, пограничное, гистрионное и нарциссическое, обнаруживают значительно более сильные связи с суицидальным поведением, нежели личностные расстройства в целом [13]. Пограничное расстройство личности часто связывается с самоповреждением или суицидальными поступками, чему способствуют такие характерные черты, как слабый контроль агрессии, импульсивность, выраженная реакция в ситуации потери отношений [17; 25].

Среди личностных черт, которые являются предрасполагающими к суицидальному поведению, выделяется агрессивность как склонность к реакциям на фрустрирующие воздействия, связанная с неспособностью к конструктивному переживанию сложных ситуаций. Кроме того, отмечается вклад импульсивности в суицидальное поведение подростков [13]. Другой спектр значимых для формирования суицидального поведения черт — это сниженное, депрессивное настроение и чувство безнадежности [13]. Предположение о том, что возможно разделение на группы суицидов, обусловленных импульсивностью и агрессивностью, и суицидов, связанных с депрессией и чувством безнадежности, оправдывает себя не в полной мере. Для подростков с пограничным расстройством личности значимыми предикторами суицидального поведения становятся импульсивность и агрессивность, в то время как и у подростков с пограничным расстройством личности, и у подростков с депрессией важными факторами оказываются сниженное настроение и чувство безнадежности [25].

Оценка связи predispositional факторов проводилась на немецкой популяции подростков на основе концепции Большой Пятерки личностных факторов. Было обнаружено, что нейротизм и открытость опыту являются предрасполагающими к суицидальному поведению факторами (в большей степени для девочек), а экстраверсия и сознательность — факторами защиты (преимущественно для мальчиков) [14]. Нейротизм — одна из личностных черт, неизменно присутствующих в описании личностных предикторов суицидального поведения [16], в том числе и в подростковой популяции [21; 19].

Межличностные отношения в контексте совершения суицидальных поступков у подростков приобретают двойное значение. С одной сторо-

ны, конфликты и прерывания контакта в близких отношениях (как правило, это отношения с родителями или формирующиеся отношения в паре) являются основными триггерами суицидальных поступков, выступая в качестве непосредственной причины самоубийства [27]. С другой стороны, ситуации, когда подростки оказываются прямыми или опосредованными свидетелями суицида либо знакомы с суицидентами, служат предрасполагающим фактором для суицидального поведения [32]. В ситуациях экспертного анализа при суицидах отмечается сложность четкой квалификации тех межличностных отношений, которые выступают как факторы суицидального поведения. Все чаще в поле внимания попадают не парные отношения влюбленности, традиционно рассматриваемые как один из триггеров суицида, а отношения, имеющие сложную конфигурацию, не только диады, но и триады, с неопределенным статусом отношений, усложняющим интерпретацию происходящего между участниками. Межличностный фактор в зависимости от его роли в развитии ситуации может рассматриваться как хронический или ситуативный (в том случае, если назревавший кризис в отношениях непосредственно влияет на формирование смысла самоубийства).

Важным условием в целом ряде случаев суицидального поведения в подростковом возрасте является когнитивный фактор в виде особого комплекса убеждений относительно допустимости суицидального поведения (что более характерно для личностно дисгармоничных подростков) или слабая сформированность представлений о последствиях суицида (данный вариант свойственен скорее подросткам с незрелой личностью). Вместе с тем, мысли на тему суицида не всегда ведут к суицидальным попыткам, хотя и связываются со снижением комплаентности к терапии [23]. Вероятно, именно сочетание суицидальных мыслей с представлением о допустимости суицида, а также взаимодействие с другими факторами оказывает решающее воздействие на формирование суицидального поведения. Одним из методов, позволяющих пролить свет на убеждения подростка, связанные с суицидальным поведением, и его суицидальные мысли, является анализ творческих продуктов (в частности, дневников) и предсмертных записок, если они имеются.

А.Г. Амбрумова выделила ряд особенностей, характеризующих подростковые суициды, среди которых, с одной стороны, неадекватная оценка последствий аутоагрессивных действий самими подростками, с другой — неверная оценка родителями мотивов подростков и поводов для совершения самоубийства, а также взаимосвязь отклоняющегося поведения с суицидальными попытками [2; 8]. На наш взгляд, неадекватность оценки последствий суицидальных действий связана также с нереалистичностью представлений о смерти у подростков, непониманием ее необратимости.

В качестве одного из значимых личностных факторов выступает самооценка суицидента [9]. Специфические возрастные особенности самооценки подростка (нестабильность, тенденция к снижению, зависимость от мнения ближайшего окружения, как сверстников, так и взрослых) могут становиться звеном, взаимодействием с которым других личностных факторов и неблагоприятной ситуации приводит к суицидальным действиям. Специфическим компонентом самооценки являются особенности восприятия собственного тела и его оценка. Фактор неудовлетворенности телом в подростковом возрасте нередко связывается с суицидальными мыслями [26]. Подростки, демонстрирующие экстремальные способы контроля своего веса, имеют большую склонность к совершению суицидальных попыток [30]. В экспертной практике встречаются случаи, связанные с неудовлетворенностью телом, которая в одних случаях выступает в качестве периферического фактора (вклад неудовлетворенности телом в самооценку в целом), а в других случаях — в качестве центрального фактора (пищевое расстройство и ненависть себе указывались в качестве причины суицида в предсмертной записке).

В последнее время в контексте суицидального поведения высокую актуальность приобрели проблемы идентичности у подростков, особенно гендерной, включая формирование гендерных и сексуальных предпочтений [33]. Принадлежность подростка к сексуальному меньшинству обнаруживает сильные связи с суицидальными мыслями и суицидальным поведением, причем этот эффект усиливается за счет сочетания с такими наиболее значимыми факторами, как депрессивные тенденции, чувство безнадежности, употребление алкоголя, суицидальные попытки сверстников или членов семьи, а также пережитое насилие [34].

Формирование самосознания в подростковом возрасте может сопровождаться переживанием внутриличностного конфликта в связи со сложностью определения идентичности, что позволяет уточнить и модифицировать известное определение суицида как следствия социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта [1]. Подросток оказывается в ситуации «расщепления», имея позитивную оценку в глазах родителей, демонстрируя социально одобряемое поведение, как правило, обладая позитивным статусом с точки зрения школьной успеваемости и академических достижений. При этом для подростка чрезвычайно значимым становится взаимодействие с группой сверстников, разделение их увлечений и интересов, участие в специфических для данной возрастной группы формах активности, таких как переписка в социальных сетях с введением специфической (в том числе обсценной) лексики и форм выражения. Это формирует конфликт идентичности у подростка, как правило, в его



мироощущении мир сверстников и мир родителей противоположны по духу и содержанию. С точки зрения реализации суицидальных действий, ключевой становится конкретная ситуация, обладающая субъективной значимостью, в ходе которой внутриличностный конфликт в переживаниях подростка обнажается и выходит на первый план. Данная ситуация обуславливает уязвимость подростка к суицидальным мыслям и намерениям. Риск самоубийства существенно увеличивается в случае предшествовавших суицидальных попыток и саморазрушающего поведения.

Рассматривая ряд факторов суицидального поведения в подростковом возрасте, следует отметить важность их анализа не в качестве изолированных причин суицидальных поступков, а в контексте разворачивания траекторий формирования суицидального поведения. Bridge J.A. и коллеги [13], описавшие подобные траектории, выделили факторы допубертатной и пубертатной фаз развития. К допубертатным факторам относятся особенности родителей, в частности, их психические расстройства (в особенности, депрессивного круга), связанные с последующим формированием у ребенка нейротизма, тревожности и чувства безнадежности, а также импульсивность и агрессия, суицидальные попытки родителей с формированием на основе этих факторов импульсивности у самого ребенка. Затем, в пубертатной фазе, первая траектория идет по схеме формирования депрессии у подростка с включением суицидальных убеждений, вторая — с формированием импульсивности и агрессивности как личностных черт. На следующем этапе данные траектории сближаются, дальнейшее развитие в сторону суицидальной попытки определяется сочетанием стрессовых (например, потеря близкого или конфликт) и защитных (социальные связи, культурные и религиозные убеждения) факторов, а также наличием фасилитирующих обстоятельств, таких как алкогольная интоксикация и опосредованное воздействие через средства массовой информации или суицидальную попытку у сверстника. Доступность средств совершения суицида способствует наступлению завершенной суицидальной попытки [3; 11; 13].

## **Заключение**

Таким образом, суицидальное поведение в подростковом возрасте имеет многофакторную природу, включающую как психопатологические, так и психологические механизмы, а также средовые и социальные факторы. Рост аутодеструктивных поведенческих тенденций в данном возрасте с последующим выбором суицида как способа решения воз-

никающих проблем требует тщательного анализа личности несовершеннолетнего, сферы межличностных отношений, особенностей воспитания и других обстоятельств для последующего формирования стратегий психосоциальной профилактики и адаптации, а также выработки форм и способов психологической и социальной поддержки подростков, входящих в группу суицидального риска. Одним из методов такого исследования может служить герменевтический анализ материалов уголовного дела в рамках судебной экспертизы психического состояния подростка, совершившего суицид. Такое исследование позволяет выстроить достаточно полную картину произошедшего и сделать выводы об основных факторах суицидального поведения в каждом конкретном случае, а также способствовать обобщению данных и формированию концепции суицидального поведения в подростковом возрасте.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. Т. 6. № 4. С. 14—20.
2. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. М.: б.и., 1978. 13 с.
3. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Суицидология. 2015. № 4. С. 21—32.
4. Вихристюк О.В. Влияние средств массовой информации на суицидальное поведение подростков и молодежи (обзор зарубежных источников) [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. №1. 2013. С. 100—108. URL: <http://psyjournals.ru/jmfp/2013/n1/58059.shtml> (дата обращения: 29.07.2016).
5. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I. // Суицидология. 2012. № 3. С. 20—28.
6. Павлова Т.С., Банников Г.С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. № 4. URL: [http://psyedu.ru/journal/2013/4/Pavlova\\_Bannikov.phtml](http://psyedu.ru/journal/2013/4/Pavlova_Bannikov.phtml) (дата обращения: 29.07.2016)
7. Положий Б.С., Панченко Е.А. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 23.07.2016).
8. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2011. № 4. С. 4—8.
9. Тихоненко В.А., Сафуанов Ф.С. Введение в суицидологию // Медицинская и судебная психология. 4-е изд. / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. М.: Генезис, 2016. С. 266—283.

10. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Baugher M. Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case-control study // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1993. Vol. 23 (3). P. 179—187.
11. Brent D.A., Mann J.J. Familial pathways to suicidal behavior — understanding and preventing suicide among adolescents // *New England Journal of Medicine*. 2006. Vol. 355 (26). P. 2719—2721.
12. Brent D.A., Melhem N.M., Oquendo M. et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: a 5.6-year prospective study // *JAMA Psychiatry*. 2015. Vol. 72 (2). P. 160—168. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2141.
13. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006. Vol. 47 (3—4). P. 372—394.
14. Blüml V., Kapusta N.D., Doering S. et al. Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population // *PLoS ONE*. 2013. Vol. 8(10). e76646. doi:10.1371/journal.pone.0076646
15. Cash S.J., Bridge J.A. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior // *Current Opinion in Pediatrics*. 2009. Vol. 21(5). P. 613—619.
16. Chioqueta A.P., Stiles T. Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation // *Personality and Individual Differences*. 2005. Vol. 38 (6). P. 1283—1291.
17. Crumley F.E. Adolescent suicide attempts and borderline personality disorder: clinical features // *Southern Medical Journal*. 1981. Vol. 74 (5). P. 546—549.
18. Durkee T., Hadlaczky G., Westerlund M. et al. Internet pathways in suicidality: a review of the evidence // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011. Vol. 8 (10). P. 3938—3952.
19. Enns M.W., Cox B.J., Inayatulla M. Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003. Vol. 42 (6). P. 720—727.
20. Fleischmann A., Bertolote J. M., Belfer M. et al. Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2005. Vol. 75(4). P. 676—683.
21. Fergusson D.M., Woodward L.J., Horwood L.J. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood // *Psychological Medicine*. 2000. Vol. 30 (1). P. 23—39.
22. Goldstein T.R., Bridge J.A., Brent D.A. Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008. Vol. 76(1). P. 84—91.
23. Goldston D.B., Kovacs M., Ho V.Y. et al. Suicidal ideation and suicide attempts among youth with insulin-dependent diabetes mellitus // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1994. Vol. 33 (2). P. 240—246.
24. Hagihara A, Miyazaki S, Abe T. Internet suicide searches and the incidence of suicide in young people in Japan // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2012. Vol. 262 (1). P. 39—46.
25. Horesh N., Orbach I., Gothelf D. et al. Comparison of the suicidal behavior of adolescent inpatients with borderline personality disorder and major depression // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2003. Vol. 191 (9). P. 582—588.

26. Kim D., Kim H. Body-image dissatisfaction as a predictor of suicidal ideation among Korean boys and girls in different stages of adolescence: a two-year longitudinal study // *Journal of Adolescent Health*. 2009. Vol. 45 (1). P. 47—54.
27. King C.A., Foster C.E., Rogalski K.M. *Teen Suicide Risk*. New York, NY: Guilford Press, 2013. 208 p.
28. Messias E., Castro J., Saini A. et al. Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens: results from the youth risk behavior survey 2007 and 2009 // *Suicide Life Threat Behav*. 2011. Vol. 41(3). P. 307—315.
29. Miotto P., De Coppi M., Frezza M. et al. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths // *Psychiatry Research*. 2003. Vol. 120. P. 247—255.
30. Neumark-Sztainer D., Story M., Dixon L.B. et al. Adolescents engaging in unhealthy weight control behaviors: are they at risk for other health-compromising behaviors? // *American Journal of Public Health*. 1998. Vol. 88 (6). P. 952—955.
31. Portzky G., Audenaert K., Van Heeringen K. Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005. Vol. 40 (11). P. 922—930.
32. Randall J.R., Nickel N.C., Colman I. Contagion from peer suicidal behavior in a representative sample of American adolescents // *Journal of Affective Disorders*. 2015. Vol. 186. P. 219—225.
33. Remafedi G., French S., Story M. et al. The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study // *American Journal of Public Health*. 1998. Vol. 88 (1). P. 57—60.
34. Russell S.T., Joyner K. Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study // *American Journal of Public Health*. 2001. Vol. 91 (8). P. 1276—1281.
35. Shaffer D., Gould M.S., Fisher P. et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide // *Archives of General Psychiatry*. 1996. Vol. 53 (4). P. 339—348.
36. Shain B. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*. 2016. Vol. 138 (1). doi: 10.1542/peds.2016-1420
37. Stewart J.G., Kim J.C., Esposito E.C. et al. Predicting suicide attempts in depressed adolescents clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse // *Journal of Affective Disorders*. 2015. Vol. 187. P. 27—34.
38. Van Heeringen K., Hawton K., Williams J.M.G. Pathways to suicide: an integrative approach // *The International Handbook of Suicide and Suicidal Behaviour* / K. Hawton, K. van Heeringen (eds.). Chichester: Wiley, 2000. P. 223—236.
39. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C. et al. The interpersonal theory of suicide // *Psychological Review*. 2010. Vol. 117 (2). P. 575—600. <http://doi.org/10.1037/a0018697>
40. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G. Global suicide rates among young people aged 15—19 // *World Psychiatry*. 2005. Vol. 4 (2). P. 114—120.
41. Zaborskis A., Sirvyte D., Zemaitene N. Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania: a cross-sectional survey 2014 // *BMC Public Health*. 2016. Vol. 16 (1). doi: 10.1186/s12889-016-3211-x
42. Zimmerman G.M., Rees C., Posick C. et al. The power of (Mis)perception: Rethinking suicide contagion in youth friendship networks // *Social Science & Medicine*. 2016. Vol. 157. P. 31—38. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.03.046

## PSYCHOLOGICAL FACTORS OF RISK OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

K.V. SYROKVASHINA\*,

The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, syrokvashina@mail.ru

E.G. DOZORTSEVA\*\*,

The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, edozortseva@mail.ru

Modern approaches towards analysis of the main psychological risk factors of adolescents' suicidal behaviour with consideration of external and internal developmental conditions in adolescence are discussed. The role of mass-media and social networks in the Internet in the genesis of suicidal behaviour is indicated. Personality factors of suicidal behaviour in the system of problems of an adolescent's identity forming, his/ her dispositional traits, as well as of personality disorders are described. The contribution of cognitive beliefs and thoughts in suicidal behaviour is noted. Typical trajectories of suicidal behaviour development are delineated.

**Keywords:** suicidal behaviour, adolescence, risk factors, personality factors, gender identity, trajectories of suicidal behaviour development.

### REFERENCES

1. Ambrumova A.G. Psihologija samoubijstva [Psychology of suicide]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and clinical psychiatry], 1996. Vol. 6, no. 4, pp. 14–20.
2. Ambrumova A.G., Zhezlova L.Ja. Metodicheskie rekomendacii po profilaktike suicidal'nyh dejstvij v detskom i podrostkovom vozraste [Methodical recommendations for prevention of suicidal actions by children and adolescents]. Moscow, 1978. 13 p.

#### For citation:

Syrokvashina K.V., Dozortseva E.G. Psychological Factors of Risk of Suicidal Behavior in Adolescents. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 8–24. doi: 10.17759/cpp.20162403002. (In Russ., abstr. in Engl.)

\* Syrokvashina Kseniya Valer'evna, PhD (Psychology), Senior Researcher of Laboratory of Child and Adolescent Psychology, The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia, email: syrokvashina@mail.ru

\*\* Dozortseva Elena Georgievna, PhD (Psychology), Head of Laboratory of Child and Adolescent Psychology, The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of the Russian Federation, Professor, Head of the Chair for Forensic Psychology and Law, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, email: edozortseva@mail.ru

3. Bannikov G.S., Pavlova T.S., Koshkin K.A., Letova A.V. Potencial'nye i aktual'nye faktory riska razvitiya suicidal'nogo povedeniya podrostkov (obzor literatury) [Potential and actual risk factors for suicidal behaviour development in adolescents (review of publications)]. *Suicidologija* [Suicidology], 2015, no. 4, pp. 21—32. (In Russ., Abstr. in Engl.).
4. Vihristjuk O.V. Vlijanie sredstv massovoj informacii na suicidal'noe povedenie podrostkov i molodezhi (obzor zarubezhnyh istochnikov) [Elektronnyi resurs] [The impact of mass-media on the suicidal behaviour of adolescents and young adults (review of foreign sources)]. *Sovremennaja zarubezhnaja psihologija* [Modern foreign psychology], 2013. Vol. 2, no. 1, pp. 100—108. Available at: <http://psyjournals.ru/jmfp/2013/n1/58059.shtml> (Accessed 29.07.2016). (In Russ., Abstr. in Engl.).
5. Ljubov E.B. SMI i podrazhatel'noe suicidal'noe povedenie. Chast' I. [Mass-media and imitating suicidal behaviour]. *Suicidologija* [Suicidology], 2012, no. 3, pp. 20—28. (In Russ., Abstr. in Engl.).
6. Pavlova T.S., Bannikov G.S. Sovremennye teorii suicidal'nogo povedeniya podrostkov i molodjzhi [Elektronnyi resurs] [Modern theories of suicidal behaviour in adolescents and young adults]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie* [Psychological science and education] psyedu.ru. 2013, no. 4. Available at: [http://www.psyedu.ru/journal/2013/4/Pavlova\\_Bannikov.phtml](http://www.psyedu.ru/journal/2013/4/Pavlova_Bannikov.phtml) (Accessed 29.07.2016). (In Russ., Abstr. in Engl.).
7. Polozhi B.S., Panchenko E.A. Suicidy u detej i podrostkov v Rossii: sovremennaja situacija i puti ee normalizacii [Elektronnyi resurs] [Suicides in children and adolescents in Russia: current situation and ways of its normalization]. *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn.* [Medical psychology in Russia: electronic scientific journal], 2012, no. 2. Available at: <http://www.medpsy.ru> (Accessed 23.07.2016). (In Russ., Abstr. in Engl.).
8. Popov Ju.V., Pichikov A.A. Osobennosti suicidal'nogo povedeniya u podrostkov (obzor literatury) [Peculiarities of suicidal behaviour in adolescents (publications review)]. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Behtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev], 2011, no. 4, pp. 4—8. (In Russ., Abstr. in Engl.).
9. Tihonenko V.A., Safuanov F.S. Vvedenie v suicidologiju [Introduction into suicidology] // Medicinskaja i sudebnaja psihologija [Medical and forensic psychology]. 4-e izdanie. In: Dmitrieva T.B., Safuanov F.S. (eds.). Moscow: Genezis, 2016, pp. 266—283.
10. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Baugher M. Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case-control study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1993. Vol. 23, no. 3, pp. 179—187.
11. Brent D.A., Mann J.J. Familial pathways to suicidal behavior — understanding and preventing suicide among adolescents. *New England Journal of Medicine*, 2006. Vol. 355, no. 26, pp. 2719—2721.
12. Brent D.A., Melhem N.M., Oquendo M., et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: a 5.6-year prospective study. *JAMA Psychiatry*, 2015. Vol. 72, no. 2, pp. 160—168. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2141.
13. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006. Vol. 47, no. 3—4, pp. 372—394.
14. Blüml V., Kapusta N.D., Doering S., et al. Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population. *PLoS ONE*, 2013. Vol. 8, no. 10. doi:10.1371/journal.pone.0076646

15. Cash S.J., Bridge J.A. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Current Opinion in Pediatrics*, 2009. Vol. 21, no. 5, pp. 613—619.
16. Chioqueta A.P., Stiles T. Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and Individual Differences*, 2005. Vol. 38, no. 6, pp. 1283—1291.
17. Crumley F.E. Adolescent suicide attempts and borderline personality disorder: clinical features. *Southern Medical Journal*, 1981. Vol. 74, no. 5, pp. 546—549.
18. Durkee T., Hadlaczky G., Westerlund M., et al. Internet pathways in suicidality: a review of the evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011. Vol. 8, no. 10, pp. 3938—3952.
19. Enns M.W., Cox B.J., Inayatulla M. Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal Ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003. Vol. 42, no. 6, pp. 720—727.
20. Fleischmann A., Bertolote J.M., Belfer M., et al. Completed Suicide and Psychiatric Diagnoses in Young People: A Critical Examination of the Evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2005. Vol. 75, no. 4, pp. 676—683.
21. Fergusson D.M., Woodward L.J., Horwood L.J. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 2000. Vol. 30, no. 1, pp. 23—39.
22. Goldstein T.R., Bridge J.A., Brent D.A. Sleep Disturbance Preceding Completed Suicide in Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008. Vol. 76, no. 1, pp. 84—91.
23. Goldston D.B., Kovacs M., Ho V.Y., et al. Suicidal ideation and suicide attempts among youth with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1994. Vol. 33, no. 2, pp. 240—246.
24. Hagihara A., Miyazaki S., Abe T. Internet suicide searches and the incidence of suicide in young people in Japan. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2012. Vol. 262, no. 1, pp. 39—46.
25. Horesh N., Orbach I., Gothelf D., et al. Comparison of the suicidal behavior of adolescent inpatients with borderline personality disorder and major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2003. Vol. 191, no. 9, pp. 582—588.
26. Kim D., Kim H. Body-image dissatisfaction as a predictor of suicidal ideation among Korean boys and girls in different stages of adolescence: a two-year longitudinal study. *Journal of Adolescent Health*, 2009. Vol. 45, no. 1, pp. 47—54.
27. King C.A., Foster C.E., Rogalski K.M. Teen Suicide Risk. New York, NY: Guilford Press, 2013. 208 p.
28. Messias E., Castro J., Saini A., et al. Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens: results from the youth risk behavior survey 2007 and 2009. *Suicide Life Threat Behav*, 2011. Vol. 41, no. 3, pp. 307—315.
29. Miotto P., De Coppi M., Frezza M., et al. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry Research*, 2003. Vol. 120, pp. 247—255.
30. Neumark-Sztainer D., Story M., Dixon L.B., et al. Adolescents engaging in unhealthy weight control behaviors: are they at risk for other health-compromising behaviors? *American Journal of Public Health*, 1998. Vol. 88, no. 6, pp. 952—955.
31. Portzky G., Audenaert K., Van Heeringen K. Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related

- risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005. Vol. 40, no. 11, pp. 922—930.
32. Randall J.R., Nickel N.C., Colman I. Contagion from peer suicidal behavior in a representative sample of American adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 2015. Vol. 186, pp. 219—225.
  33. Remafedi G., French S., Story M., et al. The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *American Journal of Public Health*, 1998. Vol. 88, no. 1, pp. 57—60.
  34. Russell S.T., Joyner K. Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk: Evidence From a National Study. *American Journal of Public Health*, 2001. Vol. 91, no. 8, pp. 1276—1281.
  35. Shaffer D., Gould M.S., Fisher P., et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 1996. Vol. 53, no. 4, pp. 339—348.
  36. Shain B. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*, 2016. Vol. 138, no. 1. doi: 10.1542/peds.2016-1420
  37. Stewart J.G., Kim J.C., Esposito E.C., et al. Predicting suicide attempts in depressed adolescents clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 2015. Vol. 187, pp. 27—34.
  38. Van Heeringen K., Hawton K., Williams J.M.G. Pathways to suicide: an integrative approach. The International Handbook of Suicide and Suicidal Behaviour. In K. Hawton, K. van Heeringen (eds.). Chichester: Wiley, 2000, pp. 223—236.
  39. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., et al. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 2010. Vol. 117, no. 2, pp. 575—600. doi:10.1037/a0018697
  40. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G. Global suicide rates among young people aged 15—19. *World Psychiatry*, 2005. Vol. 4, no. 2, pp. 114—120.
  41. Zaborskis A., Sirvyte D., Zemaitene N. Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania: a cross-sectional survey 2014. *BMC Public Health*, 2016. Vol. 16, no. 1. doi: 10.1186/s12889-016-3211-x
  42. Zimmerman G.M., Rees C., Posick C., Zimmerman L.A. The power of (Mis)perception: Rethinking suicide contagion in youth friendship networks. *Social Science & Medicine*, 2016. Vol. 157, pp. 31—38. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.03.046



## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СУИЦИДА ДЛЯ СЕМЬИ ЖЕРТВЫ

**Е.В. БОРИСНИК\***,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии —  
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,  
Москва, Россия, borisonik-ev@mail.ru

**Е.Б. ЛЮБОВ\*\***,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии —  
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,  
Москва, Россия, lyubov.evgeny@mail.ru

Большое внимание уделяется помощи людям, находящимся в суицидальном кризисе, в то время как вопросы, касающиеся оказания помощи родственникам суицидентов, мало изучены. Чтобы оказывать квалифицированную поддержку семье необходимо понимать мишени психологической работы. В статье приводится анализ защитных факторов и факторов риска,

### Для цитаты:

*Борисоник Е.В., Любов Е.Б.* Клинико-психологические последствия суицида для семьи жертвы // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 25—41. doi: 10.17759/cpp.20162403003

\* *Борисоник Евгения Владимировна*, младший научный сотрудник отдела суицидологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, borisonik-ev@mail.ru

\*\* *Любов Евгений Борисович*, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела суицидологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, lyubov.evgeny@mail.ru

которые могут влиять на тяжесть эмоционального состояния после потери. Описаны особенности переживания детьми суицида родственников. В отличие от переживаний после естественной смерти, родственники суицидента испытывают сильное чувство вины и социальную стигматизацию, что мешает им получить неформальную помощь. Родственники суицидента находятся в группе риска развития депрессии, симптомов посттравматического стрессового расстройства, соматических болезней, злоупотребления ПАВ и суицидального поведения. Обосновывается необходимость создания программы помощи, учитывающей специфику отношений, которые были между суицидентом и членами семьи, стадию переживания горя и навыки совладания членов семьи.

**Ключевые слова:** суицид, семья жертвы суицида, горе, третичная профилактика.

Как в большинстве неслыханных происшествий было здесь берящее душу «если бы», делавшее особенно мучительными размышления о том, как можно было бы предотвратить случившееся  
*У. Стайрон. «Выбор Софи»*

С учетом зарегистрированных Росстатом ([www.gks.ru](http://www.gks.ru)) суицидов в 2015 г., не менее 150–250 тысяч россиян переживают многообразное бремя потери лишь в «отчетном году» [9]. Осколками судьбы покончившего с собой, его «напрасной смертью» [49] ранены от 6 до 32 человек [4]: близкие, знакомые, профессионалы, случайные свидетели.

По оценкам исследователей у 85% американцев кто-то из их близких или знакомых совершал суицидальную попытку [50]. Суицид относится к стрессогенным жизненным событиям, представляя угрозу жизнедеятельности, приводит к невосполнимым потерям [50], ощущается близкими как катастрофа [1], предъявляющая требования, превышающие адаптивный потенциал близких суицидента. Близких суицидента называют «выжившими» («survivors»), «оставшимися в живых жертвами» [14] после катастрофы [41], «свидетелями» [13].

Семейное бремя суицида может быть условно разделено, как бремя любой болезни, на объективное и субъективное [27]. Объективное бремя суицида может быть подсчитано в русле денежного эквивалента [8]: при расширенной позиции стоимостного анализа следует учесть медицинские издержки (оказание профессиональной помощи) и потерю (снижение) работоспособности, дохода близких суицидента как социальные издержки [25]. Влияние суицида на качество жизни близких суицидента важно учесть в стоимостном анализе. Субъективное бремя определено оценкой тяжести ситуации близкими [10].

## **Субъективное бремя завершеного суицида**

Сложная палитра эмоций и чувств «выжившего» включает шок, вину, гнев, чувство заброшенности и одиночества, отрицание, безнадежность, отвержение, замешательство, чувства позора, обиды, унижения, несостоятельности [35]. Чем ближе человек суициденту, тем тяжелее он переносит неожиданную (в 80% случаев) для него смерть [38]. Сочетание горя, вины и раскаяния сохраняется годами и может передаваться до третьего и четвертого поколения [21]. Описывая свои эмоции, близкие суицидента нередко используют телесные эквиваленты (например, «в груди как будто острый камень давит на ребра»), что характерно для депрессии и иных психосоматических стрессогенных расстройств [4]. Близкие жертвы суицида уязвимы к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), соматических болезней [15; 50], психического расстройства [49], депрессии [4], злоупотреблению психоактивными веществами (ПАВ) [20].

С одной стороны, самоубийство близкого может снизить суицидальный порог горюющих [49], но с другой стороны, в группу суицидального риска попадают друзья и близкие родственники, не связанные кровным родством [40]. Мотивом суицида служит стремление избежать одиночества, приобщиться к погибшему и избежать душевной боли, мук самообвинения [44]. Нередко появление суицидальных мыслей сопровождается стыдом, мешающим обратиться за помощью. Горюющие, не имеющие возможности довериться кому-то, чаще имеют суицидальные мысли по сравнению с теми, кто может поделиться своими переживаниями [47]. Суицид в семье становится образцом подражания — близкие жертвы входят в группу риска суицида [49; 50] как «окончательного решения» типовых жизненных тягот, особенно при романтизации образа погибшего [5]. Девушка, сохранив предсмертную записку тети, в свой недобрый час взяла ее за образец для собственного суицида [6]. Брат Э. Хемингуэя выбрал такой же способ ухода из жизни (и оба — как их отец). Риск суицида актуализируется в годовщину потери [33]: речь идет о так называемых «юбилейных самоубийствах». Дистресс вызывает не только дата смерти, но и день рождения умершего, день свадьбы. Традиционный сбор семьи в печальные годовщины объединяет горюющих [19].

## **Особенности переживания горя «выжившими»**

Существуют различия в горевании, отчасти в силу внезапности смерти, особенно когда первая суицидальная попытка становится смертельной [15; 41]. Данные о влиянии способа самоубийства противоречивые

в некоторых исследованиях было показано, что при более жестком, насильственном способе самоубийства близкие испытывают более сильный дистресс [17]. В отличие от переживаний смерти по «естественным причинам», для близких типичен вопрос смысла, мотива неожиданной смерти [35]. Бремя потери усугубляют стигматизация и самостигматизация, которым подвергаются близкие суицидента [46; 50], нередко причины смерти члена семьи скрываются от окружающих [32]. Типичным для близких суицидента является неспособность смириться, чувство отторжения умершим. Они ищут объяснение причин самоубийства. Возможны враждебность, перенесение вины на других [5], гнев на немилосердную судьбу, Бога, медперсонал, на умершего. Отрицая суицид, близкие считают его несчастным случаем [6] и требуют «расследования убийства». Чувство отверженности выражено словами: «Он предпочел смерть жизни со мной» [1]. Вопреки ритуальному безмолвию перед фактом суицида, потрясенные смертью говорят о нем иначе, чем об «обычной» кончине [23].

Существенных различий по риску депрессии, тревожного расстройства, ПТСР в группах переживающих утрату близких вследствие суицида и ненасильственных смертей не выявлено [46].

У матерей 12—28-летних погибших насильственно (убийство, самоубийство) разрешение более выраженного дистресса в течение полугода происходит медленнее, чем у отцов жертв, у них выше риск хронификации состояния [13]. Через 2 года выявлены признаки ПТСР у 21% матерей и 14% отцов убитых, причем полный синдром вдвое чаще у родителей убитых, а не жертв суицида. Потеря супруга обусловила ПТСР в 10% случаев после хронического недуга или внезапной смерти, но в 36% случаев насильственных смертей (включая суицид), в 40% случаев симптомы хронифицированы и коморбидны с депрессией [13]. Возможно, через 2—4 года различия стираются [35], но близким жертвы суицида нужно больше времени для облегчения самостигматизации и чувства вины [35, 15].

Члены семьи суицидента «оглушены горем» [1], испытывают шок, не могут поверить в реальность случившегося: «скоро очнусь от кошмара и все в порядке» [4], «увидела птичку и поняла, что брат вернулся сказать, что все хорошо». Страх недоговоренности (при надежде на благополучный исход) усилен, если суицидент при смерти: «боялась, что она умрет до того, как я поговорю с ней» [6]. Развитие ПТСР через 4—14 месяцев после трагедии зависит более от отношений родства, но не от причины смерти [24].

Неотягощенное горе протекает примерно в течение года, проходя несколько фаз: шок, отрицание, горе, реорганизация и завершение [3]. Горе, связанное с суицидом, отличается большей тяжестью, чем при

«естественной» кончине [36]. В межгрупповом исследовании с общей выборкой в 187 горюющих было выявлено, что через два года после суицида отрицательные эмоции у испытуемых перестали занимать большую часть дня [42]. Спустя шесть месяцев после трагедии, 45% близких суицидента отмечают ухудшение психического состояния, у 20% это ухудшение сопровождается физическим истощением [28]. При этом у самих близких могут быть нереалистичные ожидания относительно процесса горевания, например: «С каждым днем я буду чувствовать себя лучше» [5]. Патологическое горе (нарушение психосоциальной адаптации, депрессия) сопряжено с суицидальными мыслями близких.

Чувство вины — одно из самых сильных переживаний [1; 4]. У близких суицидента появляется руминация. Вновь и вновь, перебирая произошедшие события, они задают себе вопросы: «Как я это допустил?» и «Что можно было изменить». Люди в тревоге прибегают к магическому способу мышления как возможности защититься от непереносимой реальности: «правильный» поступок мог предотвратить трагедию [6]. Это усиливает чувство вины [1].

Эмоциональные последствия часто усиливаются из-за несоответствующей реакции близкого окружения семьи, что приводит к тому, что человек остается наедине с горем. Окружающие, стремясь помочь близким суицидента, не знают, как это лучше сделать, и совершают типовые ошибки: 1) избегают бесед об умершем, выстраивая «стену молчания»; 2) поверхностно интересуются переживаниями; 3) дают «бесполезные советы», не понимая долгосрочную природу горя, предлагая «скорее идти вперед» [1; 29]. Скрывая горе, члены семьи суицидента опасаются общественного порицания [4] и избегают общения, считая, что окружающие изменили свое отношение к ним [16]. Многие искренне хотят помочь близким суицидента, но не знают, как лучше это сделать. Неловкость и нерешительность окружающих воспринимаются семьей как неприятие и отвержение, что усиливает самостигматизацию [1; 35].

Близкие жертвы суицида утрачивают «право жить без печати самоубийства» [4; 14]. У горюющего возможно ощущение: «На мне огромный плакат: мой сын — самоубийца». Трагедия умалчивается и скрывается, как психический недуг, когда семья и друзья подвергаются стигматизации по ассоциации «стигма вежливости» [31]. Семейная тайна препятствует открытости родственных связей. Если окружающие причисляют суицидентов к «ненормальным», семьи последних тоже попадают в их число: «Нас заставляют чувствовать, будто и мы больны» [6]. Большинство близких суицидентов (как и жертвы) не получают своевременной и адекватной помощи [22], ее поиск затруднен самостигматизацией [29].

Стигматизация суицидентов укоренилась и в среде профессионалов [11].

Отсутствие сопереживания, уклонение от помощи повышает риск депрессии и суицида. Порой, напротив, оправдательные мифы [35] идеализируют жертву: «А зачем он себя застрелил? — Он был очень влюблен, а когда очень влюблен, всегда стреляют себя...» (И. Бунин «Часовня»). В регионах Японии со сверхвысокими уровнями суицидов распространены мифы: «Если человек решился, суицид неизбежен», «Никто не может остановить суицидента». Эти убеждения связаны с семейной историей [47].

В качестве моделей нежелательного поведения в ответ на самоубийство близкого можно выделить: 1) поиск виновных, при непонимании наличия психической болезни у суицидента; 2) «вечный» траур вместо жизни с болью опыта; 3) чувство вины и самобичевание [5]; 4) соматизация — уход в болезнь вместо открытого выражения чувств [15; 50]; 5) самоограничение — уход от радостей жизни [6]; 6) аддиктивные формы поведения — бегство в работу, употребление ПАВ [20]; 7) суицидальное и саморазрушающее поведение [49].

### **Суицид и семья**

Самоубийство — испытание на прочность функционирования семейной системы [2]. После суицида ребенка ухудшается ее сплоченность (эмоциональная связь) и адаптация [37]. Меняются взаимоотношения членов семьи [2], начинают происходить изменения в ее структуре. Однако изменения в семейном функционировании начинаются, вероятно, еще до суицида. Так, в случае самоповреждающего поведения у детей, повышается внимание и усиливается контроль за поведением ребенка. В некоторых случаях с целью предотвращения самоповреждений у ребенка, родители избирают непродуктивные воспитательные стратегии, основывающиеся на запретах или попустительстве. При этом повышается уровень конфликтности в семье, игнорируются эмоциональные потребности других членов семьи (в том числе и детей) [30]. Нередко у суицидентов дисфункциональные семьи: они отличаются ригидностью, неорганизованностью, неразвитыми навыками решения проблем, нечеткостью разделения ролей домочадцев, размытыми границами поколений [43], что, однако, не делает их фатально «суицидогенными». При изначальной изоляции суицидента от «семейной коалиции» близкие переживают трагедию легче. Вдова (после гибели «блудного» мужа) говорит отстраненно: «Жил бы у любовницы — был бы жив, а у меня все перегорело» [2]. Если суициду предшествовал развод, бывшие жена (муж) порой винят себя больше; их осуждают «за предательство» [15], «доведение до самоубийства». Иногда после суицида возникает чувство

облегчения, освобождения, если отношения были напряжены «невозможным поведением» жертвы [33; 35]; когда гибель близкого не столь уж внезапна [24, 35] после многократных суицидальных попыток [46], отказа от помощи вследствие мучительных душевных и/или телесных недугов (хронический суицид): «...наконец она обрела покой и не страдает» [6]. Чувство облегчения сопровождается субъективным чувством вины [81]. Если семья предполагала, что суицид может случиться, менее выражены гнев, вина, печаль [35].

Возможны конфликты в семье из-за различий в стратегиях совладания с горем. Так, уход в работу овдовевшего отца может восприниматься детьми как невнимание, бесчувствие [35]. Люди избегают раскрывать чувства, боясь, что больше огорчат себя и других [19], отдаляются друг от друга. Молчание позволяет сдерживать взаимные обвинения, но лишает взаимной поддержки. Такой образец поведения может перейти к следующему поколению [6]. Суицид — испытание на прочность функционирования семейной системы, отчуждение может происходить в тот момент, когда близким особенно важна поддержка [5].

### **Возрастные особенности переживания суицида**

У детей жертвы суицида, по сравнению со сверстником, пережившим смерть родителя по «естественной причине», более выражены гнев, тревога и стыд, но не вина [22]. Дети переживают «предательство», одиночество, страшась полного сиротства [26]. Ощущают собственную никчемность (погибший не ценил сына/дочь достаточно, чтобы жить) [18], отверженность и обиду («Почему меня бросили?») [6]. Дети корят себя, что непослушание, плохие оценки стали причиной суицида.

В препубертате воспоминания о потере отца в первые 25 месяцев чаще сопровождаются печалью [13]. Риск ПТСР повышен при угрозе развода родителей перед суицидом одного из них и /или обнаружении тела. Нужны годы для осознания детской травмы, воспоминания тревожат всю жизнь [6]. Так, ребенок, названный в честь бабушки и нашедший его тело, вырос и застрелился за кухонным столом как тот, повторив сценарий суицида. При этом нельзя исключить депрессии травмированного в детстве ребенка. Горе не связано тесно с депрессией [39], но может стать ее триггером. Процесс переживания детей может быть отставлен во времени, так как от оберегаемого ребенка обычно утаивают причину смерти родителя (близкого) [4; 19]. Правда может открыться из уст бестактного постороннего [6]. Возможна идентификация с погибшим (как и при естественной смерти). Дети задаются впервые вопросом: «Не смертен ли я?» [1], иные же стремятся воссоединиться с любимым через суицид. У детей не слож-

лась концепция смерти, потому и низок порог суицидального поведения (официальная статистика указывает нижний возрастной порог в 5—7 лет). В закрытой семейной системе возможны кластерные суициды (вспомним страницы «Девственницы-самоубийцы» Д. Евгенидиса).

Овдовевшему трудно говорить с ребенком о смерти, так как тот задает безответные вопросы, мучающие его самого («Что будет с нами?») [45]. Дети могут почувствовать, что родитель эмоционально закрыт для них [37], взрослые стремятся быть «сильными», не делиться мучительными переживаниями, оберегая детей от страдания [19].

В оценочной шкале стрессовых событий Холмса-Раге потеря ребенка, родителя или супруга оценивается более тяжелой, чем смерть брата или сестры [34], но «дежурное» замечание знакомых «Какой ужас для твоих родителей» обесценивает потерю брата или сестры, чувства ребенка игнорируются. Братьям и сестрам сложнее получить неформальную и профессиональную поддержку [1]. Хотя сиблинги и отцы более печальны, матери погибшего ребенка более склонны к депрессии [13]. При гибели ребенка родители оставляют братьев или сестер суицидента без внимания [30], и те чувствуют себя заброшенными. Подростки испытывают тоску, поглощены мыслями об умершем, с трудом принимают факт смерти. Близкие по возрасту братья и сестры особо подвержены депрессии [15], страдают от недостатка внимания ушедших в горе взрослых. Страх за жизнь «выжившего» ребенка ведет к гиперопеке или всепрощению. У вдовца (вдовы) возникает ощущение одиночества и беспомощности из-за неразделенной ответственности за ребенка, последний может занять роль родителя, «взрослея на глазах»: изменяется семейная иерархия [19]. Испытание делает подростка терпимее, взрослее. Однако чрезмерная эмпатия суициденту может быть обусловлена склонностью к суициду. Особенности переживания утраты пожилых на сегодняшний день мало изучены [22].

Баланс факторов риска и буферных факторов определяет тяжесть переживания последствий суицида близкими суицидента (таблица).

## **Заключение**

Неблагоприятное и длительное воздействие суицида на близких жертвы связано со сложной формой тяжелой неожиданной утраты [13]. Бремя потери усугублено стигматизацией и самостигматизацией. «Выжившие» находятся в группе риска возникновения суицидального поведения, соматических и психических расстройств [49]. Недостаточно систематических исследований бремени «выживших»; следует детально изучить адаптивные и дезадаптивные механизмы совладания с утратой, динамику



Т а б л и ц а

**Факторы, влияющие на переживание последствий суицида  
близкими суицидента**

<b>Усугубляющие</b>	<b>Облегчающие (защитные)</b>
<b>Индивидуальный уровень</b>	
Молодой возраст, женский пол, мать молодого самоубийцы [15]. Низкая стрессоустойчивость. Малый опыт жизненных потерь, изначальное психическое расстройство (депрессия) [15]. Самостигматизация	Жизнестойкость. Навыки адекватного совладания с дистрессом [6; 48] Жизнеутверждающая перспектива [15], духовность (помогает смириться с трагедией как испытанием) [41]
Злоупотребление ПАВ и успокаивающими, трудоголизм, самоизоляция [1; 4]	Понимание причин случившегося (принятие факта психического расстройства суицидента) [50]
<b>Семейный / микросоциальный уровень</b>	
Нарушения семейной иерархии [41]. Дисфункциональные отношения перед смертью близкого [15]. Близкие (симбиотические) отношения с погибшим [50]	Высокий уровень внутрисемейной поддержки [15]
Неадекватные стратегии совладания с дистрессом в семье [27]. «Сделка»: выбор «козла отпущения» или самообвинение, «обида» на жертву суицида, соматический фасад переживаний, самоограничение, бегство от реальности [6]	
Слабая неформальная поддержка, бедная социальная сеть [4; 6; 16; 24]	
Стигматизация, осуждение (отвержение) окружающих [4; 6; 16]. «Неловкая» поддержка горящих окружающими [1]	
<b>Макросоциальный / организационный уровень</b>	
Стигматизация	Сведение к минимуму официальных формальностей, понимающее отношение правоохранительных органов [15]. Информирование полицейскими о службах помощи
Отказ от неформальной и/или профессиональной помощи [1]	Своевременная адекватная профессиональная помощь [15]
Религиозное осуждение — суицидент «достоин ада» [41; 50]	Поддержка общины, добровольцев, групп самопомощи [1]
Непрофессиональное освещение суицида СМИ [7; 12; 15; 29] с тенденцией к обвинению близких жертвы	Просветительская программа для населения. Ответственное освещение проблем суицидального поведения СМИ с указанием ресурсов помощи

психосоциального восстановления «выживших», в связи с чем перспективен качественный анализ (нарративы, полуструктурированный опрос). Программа помощи близким жертвы суицида в рамках третичной профилактики (поственции) должна стать интегральной частью типовой анти-суицидальной междисциплинарной и межведомственной программы на федеральном и региональном уровнях с привлечением ресурсов неформальной помощи (обученные и организованные в группах самопомощи добровольцы, религиозные и благотворительные организации). Своевременная помощь облегчит бремя утраты, проявляющееся во многих сферах жизни (экономической, клинической, макро- и микросоциальной).

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Алавердова Л.* Брат мой, брат... М.: Изд-во Новые возможности, 2014. 270 с.
2. *Амбрумова А.Г., Постволава Л.И.* Семейная диагностика и вопросы профилактики суицидального поведения // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии М.: Изд-во НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1984. С. 62—77.
3. *Василюк Ф.* Пережить горе // Психология мотивации и эмоций: учеб. пособие / Под. Ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. М.: Изд-во ЧеРо; Омега-Л; МПСИ, 2006. С. 581—590.
4. *Гроллман Э.* Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее / Под ред. А.Н. Моховикова. М.: Изд-во Когнитивный Центр, 2001. С. 270—352.
5. *Данн-Максим К., Данн Э.Дж.* Семья в процессе превенции и поственции самоубийств: образовательные перспективы в сфере психического здоровья // Напрасная смерть. Причины и профилактика самоубийств: пер. с англ. / Под. ред. Д. Вассерман. М.: Смысл, 2005. С. 254—264.
6. *Лукас К., Сейден Г.* Молчаливое горе: Жизнь в тени самоубийства: пер. с англ. М.: Смысл, 2000. 255 с.
7. *Любов Е.Б.* СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ // Суицидология. 2012. № 4. С. 10—22.
8. *Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И.* Суициды: социо-экономическое бремя в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. № 2. С. 38—44.
9. Официальный сайт Госкомстата [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru.htm> (дата обращения: 22.07.2016).
10. *Петрюк П.Т.* К изучению бремени психических и поведенческих расстройств // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Економічні аспекти в управлінні охорони здоров'я». Харків, 2004. С. 83—87.
11. *Руженкова В.В.* Стигматизация суицидентов (клинико-социальный и реабилитационно-профилактический аспекты): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2016 с.

12. Симонова А.Ю. Влияние специфических онлайн-сообществ на суицидальное поведение среди подростков и молодежи: курс. раб. М.: МГППУ, 2012.
13. Тукаев Р.Д. Психическая травма и суицидальное поведение: аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 годы // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13. Вып. 1. С. 151—163.
14. Шнейдман Э. Душа самоубийцы: пер. с англ. М.: Смысл, 2001. 316 с.
15. Beautrais A.L. Suicide postvention: support for families, friends and significant others after a suicide: a literature review and synthesis of evidence. New Zealand: Ministry of Youth Affairs, 2004. 54 p.
16. Begley M., Quayle E. The lived experience of adults bereaved by suicide / Crisis. 2007. Vol. 28 (1). P. 26—34.
17. Bhise M.S., Behere P.B. A case—control study of psychological distress in survivors of farmers' suicides in Wardha District in central India // Indian J. Psychiatry. 2016. Vol. 58(2). P. 147—151. doi: 10.4103/0019-5545.183779
18. Bille-Brahe U., Stenager E. Suicidal ideation and suicidal transmission: long term effects of frequencies of suicidal behavior // Proceed. Am. Suicidology. 1992. Vol. 25. P. 227—229.
19. Bowlby-West L. The impact of death on the family system // J. Fam. Ther. 1983. Vol. 5. P. 279—294.
20. Brent D. What family studies teach us about suicidal behavior: implications for research, treatment, and prevention // Eur Psychiatry. 2010. Vol. 25. P. 260—263. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.12.009
21. Carson J. Spencer Foundation, Crisis Care Network, National Action Alliance for Suicide Prevention, American Association of Suicidology. A manager's guide to suicide postvention in the workplace: 10 action steps for dealing with the aftermath of suicide. Denver, Colorado: Carson J. Spencer Foundation, 2013. 20 p.
22. Cerel J., Jordan J., Duberstein P.R. The Impact of Suicide on the Family // Crisis 2008. Vol. 29 (1). P. 38—44. doi:10.1027/0227-5910.29.1.38
23. Cettour D. Essai sur la narration du suicide // Nervure. 1999. T XII. № 5. P. 26—32.
24. Cleiren M., Diekstra R. After the loss: bereavement after suicide and other types of death / B. Mishara, (Ed.) // The Impact of Suicide. NY: Springer Publishing Co, 1995. P. 7—39.
25. Corso P.S., Mercy J.A., Simon T.R. et al. Medical costs and productivity losses due to interpersonal and self-directed violence in the United States // Am. J. Prev. Med. 2007. Vol. 32. P. 474—482. doi: 10.1016/j.amepre.2007.02.010
26. Dalke D. Therapy-assisted growth after parental suicide: from a personal and professional perspective // Omega. 1994. Vol. 29. P. 113—151.
27. Deeken J.F., Kathryn L.T., Mangan P. et al. Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers // J. Pain Symptom Manage. 2003. Vol. 26. P. 922—953.
28. Douglas G., Jacobs M.D., Chair Ross J. et al. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. APA, 2010. 183 p.
29. Feigelman W. The Stigma of Suicide and How It Affects Survivors' Healing // Postvention newsletter. 2008. Vol. 5. № 2. P. 1—7.
30. Ferrey A., Hughes N.D., Simkin S. et al. Changes in parenting strategies after a young person's self-harm: a qualitative study// Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2016. Vol. 2. P. 10—20. doi: 10.1186/s13034-016-0110-y.

31. *Goffman E.* Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963. 147 p.
32. *Harwood D., Hawton, K., Hope, T.* The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and casecontrol study // *J. Affect Disord.* 2002. Vol. 72. P. 185—194.
33. *Hoff L.* People in crisis: understanding and helping. 3rd ed. Redwood City: Addison- Wesley Publishers, 1989. 525 p.
34. *Holmes T.H., Rahe R.H.* The social readjustment rating scale // *Journal of Psychosomatic Research.* 1967. Vol. 11. P. 213—218. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4
35. *Jordan J.R.* Is Suicide Bereavement Different? // *Suicide Life Threat Behav.* 2001. Vol. 31(1). P. 91—103.
36. *Knieper A.J.* The suicide survivor's grief and recovery // *Suicide Life-Threat. Behav.* 1999. Vol. 29. P. 353—363.
37. *Lohan, J.A., Murphy, S.A.* Family functioning and family typology after an adolescent or young adults' sudden violent death // *Journal of Family Nursing.* 2002. Vol. 8. P. 32—49
38. *McDonell M.G., Short R.A., Berry C.M. et al.* Burden in Schizophrenia Caregivers: Impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality // *Fam. Process.* 2003. Vol. 42 (1). P. 91—103.
39. *Melhem N.M., Day N., Shear M.K. et al.* Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide // *Am J. Psychiatry.* 2004. Vol. 161 (8). P.1411—1416.
40. *Pitman A.L., Osborn D.P.J., Rantell K. et al.* Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults [Электронный ресурс] // *BMJ Open.* 2016. Vol. 6. URL: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/1/e009948.full> (Accessed 7.06.2016) doi:10.1136/bmjopen-2015-009948
41. *Pompili M., Shrivastava A., Serafini G.* Bereavement after the suicide of a significant other // *Ind. J. Psychiatry.* 2013. Vol. 55 (3). P. 256—263. doi:10.4103/0019-5545.117145.
42. *Rabalais A.M, Wilks S.E., Geiger J.R. et al.* Prominent Feelings and Self-Regard Among Survivors of Suicide. Does Time Heal All Wounds? // *Illness, Crisis & Loss.* 2016. Vol. 14. doi: 10.1177/1054137316637189
43. *Richman J.* Family determinants of suicide potential / D.B. Anderson, J. McLean (Eds.) // *Identifying suicide potential.* New York: Behavioral Publications, 1971. P. 33—54.
44. *Sakinofsky I.* The aftermath of suicide: managing survivors' bereavement // *Can. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 52. P. 129—136.
45. *Schonfeld D.J, Quackenbush M.* After a loved one dies — how children grieve and how parents and other adults can support them. NY: Publ. New York Life Foundation, 2009. P. 27.
46. *Sveen C.A., Walby F.A.* Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies // *Suicide Life-Treat. Behav.* 2008. Vol. 38. P. 13—29. doi: 10.1521/suli.2008.38.1.13.
47. *Tsukahara T., Arai H., Kamijo T. et al.* The relationship between attitudes toward suicide and family history of suicide in nagano prefecture // *Int J. Environ Res Public Health.* 2016. Vol.13 (6). P. 623-634. doi:10.3390/ijerph13060623

48. *Vessier-Batchen M., Douglas D.* Coping and complicated grief in survivors of homicide and suicide decedents // *J. Forensic Nurs.* 2006. Vol. 2(1). P. 25—32. doi: 10.1111/j.1939-3938.2006.tb00050.x
49. *Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. et al.* The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention // *Eur Psychiatry.* 2012. Vol. 27. P. 129—141.
50. *Young I.T., Iglewicz A., Glorioso D.* Suicide bereavement and complicated grief // *Dialogues Clin Neurosci.* 2012. Vol. 14 (2). P. 177—186.

## CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES FOR THE FAMILIES OF SUICIDE VICTIM

E.V. BORISONIK\*,

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia,  
borisonik-ev@mail.ru

E.B. LYUBOV\*\*,

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia.  
lyubov.evgeny@mail.ru

A lot of attention is paid to people in suicidal crisis, while the problems of helping the relatives of the suicide victim are studied less extensively. To offer expert support to the family it is necessary to understand the aims of psychological work. The article presents analysis of protective factors and risk factors that may affect the intensity of the emotional state after the loss. Characteristics of children's experience of relative's suicide are described. In contrast to the experience of natural death, relatives of a suicide experience more feelings of guilt and social stigmatization that prevents them from getting informal support. Relatives of a suicide are at risk of developing depression,

### **For citation:**

Borisonik E.V., Lyubov E.B. Clinical and Psychological Consequences for the Families of Suicide Victim. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 25—41. doi: 10.17759/cpp.20162403003. (In Russ., abstr. in Engl.)

\* *Borisonik Evgeniya Vladimirovna*, Junior Researcher, Suicidology Department of Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Russia, Moscow, email: borisonik-ev@mail.ru

\*\* *Lyubov Evgenii Borisovich*, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Suicidology Department, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Russia, Moscow, email: lyubov.evgeny@mail.ru

symptoms of post-traumatic stress disorder, physical illness, drug addiction and suicidal behavior. Literature data shows the need to develop a program of prevention that should be based on the relationship between the survivor and the person who committed suicide, to consider the stage of grief and coping skills he/she possesses.

**Keywords:** suicide, family of suicide victims, grief, prevention.

## REFERENCES

1. Alavardova L. Brat moi, brat... [Oh brother, my brother...]. Moscow: Publ. Novye vozmozhnosti, 2014. 270 p.
2. Ambrumova A.G., Postovalova L.I. Semeinaya diagnostika i voprosy profilaktiki suitsidal'nogo povedeniya [Family diagnostics and prevention of suicidal behavior]. *Problemy profilaktiki i reabilitatsii v suitsidologii* [Problems of prevention and rehabilitation of suicidology]. Moscow: Publ. NII psikiatrii MZ RSFSR, 1984, pp. 62–77.
3. Vasilyuk F. Perezhit' gore [Going through grief]. In Gippenreiter Yu.B., Falikman M.V. (ed.) *Psikhologiya motivatsii i emotsii: uchebnoe posobie* [The psychology of motivation and emotion]. Moscow: Publ. CheRo: Omega-L, MPSI, 2006, pp. 581–590.
4. Grollman E. Suitsid: preventsiya, intervensiya, postventsiya [Suicide: prevention, intervention, and postvention]. In A.N. Mokhovichova (ed.). *Suitsidologiya: proshloe i nastoyashchee* [Suicidology: past and present]. Moscow: Publ. Kognito-Tsentr, 2001, pp. 270–352.
5. Dunne-Maxim K., Dunne E.J. Sem'ya v protsesse preventsii i postventsii samoubiistv: obrazovatel'nye perspektivy v sfere psikhicheskogo zdorov'ya [Family involvement in suicide prevention and postvention: a psychoeducational perspective]. In Wasserman D. *Naprasnaya smert'. Prichiny i profilaktika samoubiistv: per. s angl.* [Suicide. An unnecessary death]. Moscow: Publ. Smysl, 2005, pp. 254–264. (In Russ.)
6. Lukas C., Seiden H. Molchalivoe gore: Zhizn' v teni samoubiistva: per. s angl. [Silent grief: living in the wake of suicide]. Moscow: Publ. Smysl, 2000, 255 p. (In Russ.)
7. Lyubov E.B. SMI i podrazhatel'noe suitsidal'noe povedenie. Chast' II. Preduprezhdenie samoubiistv: resursy professionalov SMI [Media and imitative suicidal behavior. Part II. Suicide prevention: resources for media professionals]. *Suitsidologiya* [Suicidology], 2012, no. 4, pp. 10–22.
8. Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. Suitsidy: sotsio-ekonomicheskoe bremya v Rossii [Suicide: the socio-economic burden in Russia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and clinical psychiatry], 2013. Vol. 23, no. 2, pp. 38–44.
9. Ofitsial'nyi sait Goskomstata [Elektronnyi resurs]. Available at: <http://www.gks.ru.htm> (Accessed 22.07.2016).
10. Petryuk P.T. K izucheniyu bremeni psikhicheskikh i povedencheskikh ras-stroistv [Study of the burden of mental and behavioral disorders]. Materiali naukovopraktichnoï konferentsii z mizhnarodnoyu ucha-styu «*Ekonomichni aspekti v upravlinni okhoroni zdorov'ya*» [Economic aspects in the management of health]. Kharkiv, 2004, pp. 83–87.
11. Ruzhenkova V.V. Stigmatizatsiya suitsidentov (kliniko-sotsial'nyi i reabilitatsionno-profilakticheskii aspekti) avtoref diss. ... kand. med. nauk. [Stigmatization of sui-

- cides (clinical, social, rehabilitative and preventive aspects) Ph.D. (Medical) Thesis]. Moscow, 2016.
12. Simonova A.Yu. Vliyaniye spetsificheskikh onlain-soobshchestv na suitsi-dal'noe povedenie sredi podrostkov i molodezhi: kurs. rab. [The effect of specific online communities on suicidal behavior among adolescents and youth]. Moscow: Publ. MGPPU, 2012.
  13. Tukaev R.D. Psikhicheskaya travma i suitsidal'noe povedenie: analiticheskii obzor literatury s 1986 po 2001 gody [Mental trauma and suicidal behavior: review of literature from 1986 to 2001]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiyatriya* [Social and clinical psychiatry], 2003. Vol.13, no. 1, pp. 151—163.
  14. Shneidman E. Dusha samoubiitsy: per. s angl. [The suicidal mind]. Moscow Publ.: Smysl, 2001. 316 p. (In Russ.).
  15. Beautrais A.L. Suicide postvention: support for families, friends and significant others after a suicide: a literature review and synthesis of evidence. New Zealand: Ministry of Youth Affairs, 2004. 54 p.
  16. Begley M., Quayle E. The Lived Experience of Adults Bereaved by Suicide. *Crisis*, 2007. Vol. 28, no. 1, pp. 26—34.
  17. Bhise M.S., Behere P.B. A case—control study of psychological distress in survivors of farmers' suicides in Wardha District in central India. *Indian J Psychiatry*, 2016. Vol. 58, no. 2, pp.147—151. doi: 10.4103/0019-5545.183779
  18. Bille-Brahe U., Stenager, E. Suicidal ideation and suicidal transmission: long term effects of frequencies of suicidal behavior. *Proceed. Am. Suicidology*, 1992. Vol. 25, pp. 227—229.
  19. Bowlby-West L. The impact of death on the family system. *J. Fam. Ther.*, 1983. Vol. 5, pp. 279—294.
  20. Brent D. What family studies teach us about suicidal behavior: implications for research, treatment, and prevention. *Eur Psychiatry*, 2010. Vol. 25, pp. 260—263. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.12.009
  21. Carson J. Spencer Foundation, Crisis Care Network, National Action Alliance for Suicide Prevention, American Association of Suicidology. A manager's guide to suicide postvention in the workplace: 10 action steps for dealing with the aftermath of suicide. Denver, Colorado: Carson J. Spencer Foundation, 2013. 20 p.
  22. Cerel J., Jordan J., Duberstein P.R. The Impact of suicide on the family. *Crisis*, 2008. Vol. 29, no. 1, pp. 38—44. doi:10.1027/0227-5910.29.1.38
  23. Cettour D. Essai sur la narration du suicide. *Nervure*, 1999. Vol. XII, no. 5, pp. 26—32.
  24. Cleiren M., Diekstra R. After the loss: Bereavement after suicide and other types of death. B. Mishara (Ed.). *The Impact of Suicide*. NY, 1995, pp.7—39.
  25. Corso P.S., Mercy J.A., Simon T.R. et al. Medical costs and productivity losses due to interpersonal and self-directed violence in the United States. *Am. J. Prev. Med.*, 2007. Vol. 32, pp. 474—482. doi: 10.1016/j.amepre.2007.02.010
  26. Dalke D. Therapy-assisted growth after parental suicide: From a personal and professional perspective. *Omega*, 1994. Vol. 29, pp. 113—151.
  27. Deeken J.F., Kathryn L.T., Mangan P. et al. Care for the Caregivers: A Review of Self-Report Instruments Developed to Measure the Burden, Needs, and Quality of Life of Informal Caregivers. *J Pain Symptom Manage*, 2003. Vol. 26, pp. 922—953.

28. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. APA, 2010. 183 p.
29. Feigelman W. The stigma of suicide and how it affects survivors' healing. *Postvention newsletter*, 2008. Vol. 5, no. 2, pp. 1—7.
30. Ferrey A., Hughes N.D, Simkin S. et al. Changes in parenting strategies after a young person's self-harm: a qualitative study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2016. Vol. 2, pp. 10-20. doi: 10.1186/s13034-016-0110-y.
31. Goffman E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963. 147 p.
32. Harwood D., Hawton K., Hope T. The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and casecontrol study. *J Affect Disord*, 2002. Vol. 72, pp. 185—194.
33. Hoff L. People in crisis: understanding and helping. 3rd ed. Redwood City: Addison-Wesley Publishers, 1989.
34. Holmes T.H., Rahe R.H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 1967. Vol. 11, pp. 213—218.
35. Jordan J.R. Is Suicide Bereavement Different? *Suicide Life Threat Behav.*, 2001. Vol. 31, no. 1, pp. 91—103.
36. Knieper A.J. The suicide survivor's grief and recovery. *Suicide Life-Threat. Behav.*, 1999. Vol. 29, pp. 353—363.
37. Lohan J.A., Murphy S.A. Family functioning and family typology after an adolescent or young adults' sudden violent death. *Journal of Family Nursing*, 2002. Vol. 8, pp. 32—49.
38. McDonell M.G., Short R.A., Berry C.M. et al. Burden in schizophrenia Caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Fam. Process*, 2003. Vol. 42, no.1, pp. 91—103.
39. Melhem N.M., Day N., Shear M.K. et al. Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Am J Psychiatry.*, 2004. Vol. 161, no. 8, pp. 1411—1416.
40. Pitman A.L., Osborn D.P.J., Rantell K. et al. Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*, 2016. Vol. 6. Available at: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/1/e009948.full> (Accessed 7.06.2016) doi:10.1136/bmjopen-2015-009948
41. Pompili M., Shrivastava A., Serafini G. Bereavement after the suicide of a significant other. *Ind. J. Psychiatry*, 2013. Vol. 55, no. 3, pp. 256—263. doi:10.4103/0019-5545.117145.
42. Rabalais A.M, Wilks S.E., Geiger J.R. et al. Prominent Feelings and Self-Regard Among Survivors of Suicide. Does Time Heal All Wounds? *Illness, Crisis & Loss*, 2016. Vol. 14. doi: 10.1177/1054137316637189
43. Richman J. Family determinants of suicide potential. In D.B. Anderson, J. McLean (eds.). Identifying suicide potential. New York: Behavioral Publications, 1971, pp. 33—54.
44. Sakinofsky I. The aftermath of suicide: Managing survivors' bereavement. *Can. J Psychiatry*, 2007. Vol. 52, pp. 129—136.
45. Schonfeld D.J., Quackenbush M. After a loved one dies — how children grieve and how parents and other adults can support them. NY: Publ. New York Life Foundation, 2009. P. 27.



46. Sveen C.A., Walby F.A. Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide Life-Treat. Behav.*, 2008. Vol. 38, pp. 13—29. doi: 10.1521/suli.2008.38.1.13.
47. Tsukahara T., Arai H., Kamiyo T. et al. The relationship between attitudes toward suicide and family history of suicide in Nagano prefecture. *Int J Environ Res Public Health*, 2016. Vol. 13, no. 6, pp. 623—634. doi:10.3390/ijerph13060623
48. Vessier-Batchen M., Douglas D. Coping and complicated grief in survivors of homicide and suicide decedents. *J. Forensic Nurs.*, 2006. Vol. 2, no. 1, pp. 25—32. doi: 10.1111/j.1939-3938.2006.tb00050.x
49. Wasserman D., Rihmer Z., Rujescu D. et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*, 2012. Vol. 27, pp. 129—141.
50. Young I.T., Iglewicz A., Glorioso D. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*, 2012. Vol. 14, no. 2, pp. 177—186.

---

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

---

# ВЕДУЩИЕ МЕХАНИЗМЫ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ: ПО МАТЕРИАЛАМ МОНИТОРИНГА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Г.С. БАННИКОВ\*,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии —  
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,  
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, bannikov68@mail.ru

Н.Ю. ФЕДУНИНА\*\*,

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, natalia\_fedunina@mail.ru

**Для цитаты:**

*Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С., Вихристюк О.В., Летова А.В., Баженова М.Д.*  
Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мони-  
торинга в образовательных организациях // Консультативная психология и психотерапия.  
2016. Т. 24. № 3. С. 42—68. doi: 10.17759/cpp.20162403004

\* *Банников Геннадий Сергеевич*, кандидат медицинских наук, старший научный  
сотрудник отделения суицидологии, Московский НИИ психиатрии — филиал  
ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России; заведующий ла-  
бораторией «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической  
помощи» Центра экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО МГППУ,  
Москва, Россия, bannikov68@mail.ru

\*\* *Федунина Наталия Юрьевна*, кандидат психологических наук, ведущий на-  
учный сотрудник Центра экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО  
МГППУ, Москва, Россия, natalia\_fedunina@mail.ru

**Т.С. ПАВЛОВА\*\*\*,**  
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, darzo@yandex.ru

**О.В. ВИХРИСТЮК\*\*\*\*,**  
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, vikhristukov@mgppu.ru

**А.В. ЛЕТОВА\*\*\*\*\*,**  
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, letovaav@mgppu.ru

**М.Д. БАЖЕНОВА\*\*\*\*\*,**  
Институт консультативной психологии и консалтинга, Москва, Россия,  
maribazh@gmail.com

Рассматриваются особенности самоповреждающего поведения без суицидального намерения на материале анализа группы риска, выявленной в ходе скринингового обследования 604 московских школьников 7—11-х классов. 16,9% подростков указали на то, что в их жизни были самоповреждающие действия (54% однократно, 46% неоднократно). На втором этапе проводилось клиническое обследование 100 подростков с историей самоповреждения. Использовалась клиническая карта, включающая в себя возможность градации основных суицидальных маркеров. Выявлена патогенетическая и клиническая неоднородность самоповреждающего поведения, что позволяет выделить три механизма его развития: стрессовый (20%), депрессивный (45%), психопатоподобный (35%). В рамках каждого механизма произведено дальнейшее деление на импульсивный и продуманный. Проанализированы их различия по клинической картине, динамике развития, мотивам, личностным особенностям подростков и отношению к своим действиям. Обсуждается специфика самоповреждения в неклинической популяции. Подчеркивается значимость анализа ведущего механизма самоповреждения для выбора стратегии кризисной помощи подростку.

\*\*\* *Павлова Татьяна Сергеевна*, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, darzo@yandex.ru

\*\*\*\* *Вихристюк Олеся Валентиновна*, кандидат психологических наук, руководитель Центра экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, vikhristukov@mgppu.ru

\*\*\*\*\* *Летова Анна Владимировна*, лаборант лаборатории «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, letovaav@mgppu.ru

\*\*\*\*\* *Баженова Марина Дмитриевна*, руководитель консультативного центра при Институте консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), Москва, Россия, maribazh@gmail.com

**Ключевые слова:** подростки, самоповреждающее поведение, клиническое обследование, скрининг.

Самоповреждающее поведение (СП) определяется как «умышленное или совершаемое неосознанно физическое повреждение себе самому, чреватое серьезной патологией и даже гибелью» [2]. Проблема самоповреждающего поведения является одной из наиболее актуальных в сфере психического здоровья в подростковом возрасте. В ряде стран оно является одной из ведущих причин госпитализации [12]. Однако, с другой стороны, лишь незначительная доля прибегающих к самоповреждению подростков обращаются за психологической и психиатрической помощью и помещаются в больницу, что свидетельствует о том, что это поведение во многом является скрытым от медицинских служб и общества [8]. Множество исследований касаются анализа особенностей подростков, госпитализированных после эпизода самоповреждения [6; 8; 10]. Однако масштабные исследования самоповреждения в общей популяции достаточно редки как в России, так и за рубежом [8]. Считается, что средний показатель самоповреждающего поведения составляет 10%—13%. Причем среди европейских подростков девушки в среднем в три раза чаще говорят о случаях самоповреждения, чем юноши [12].

В международном европейском эпидемиологическом исследовании (подростки из семи европейских стран) показатели оказались выше: 11,5% случаев самоповреждения в течение года и у 17,8% выборки эпизоды нанесения себе вреда в течение жизни [10, цит. по: [11].

Факторы риска самоповреждения, как в клинической, так и в условно нормальной популяции, обычно рассматриваются в рамках двух больших групп: 1) внешние (средовые или психосоциальные факторы и травматические события), 2) внутренние (личностные) [3; 7] и их взаимодействие. Однако данные группы исследований существенно различаются.

Изучение самоповреждения на клинической популяции, опирающееся на большую долю качественных методов, включая клинико-психопатологическое обследование, ограничено количественно, кроме того, в него попадают лишь те подростки, кто оказался в поле зрения медицинских работников. Скрининговые исследования на больших неклинических выборках школьников, опирающиеся на количественные методы, обычно нацелены на выявление статистических показателей (частоты встречаемости) и не ставят задачи глубинного анализа механизмов и типов СП.

Таким образом, проблема в изучении самоповреждающего поведения заключается в том, что, несмотря на обилие работ, недостаточно научно-практических проектов, которые бы, с одной стороны, сочетали количественные и качественные методы на общем популяционном уровне, и,

с другой стороны, имели прикладное значение, в частности, предлагали стратегии кризисной помощи.

На основе анализа зарубежной литературы, посвященной развитию самоповреждающего поведения среди подростков и молодежи, выделяются две группы факторов риска: потенциальные («создающие почву») и актуальные (клинические). К наиболее часто встречающимся потенциальным факторам, «создающим почву» самоповреждающего и суицидального поведения, относятся дисгармоничность в семейных отношениях и дисгармоничность структуры личности. К актуальным факторам, влияющим на развитие суицидального поведения и входящим в его структуру, относятся депрессивное состояние с переживаниями обиды, безысходности, безнадежности, одиночества, гнева. Обе группы факторов тесно связаны, но при разных условиях они несут различную нагрузку, приобретают разную важность. Ясное и дифференцированное понимание особенностей этих факторов, ситуационное и динамическое изменение их значимости в развитии антивитальных состояний дают возможность оказывать целенаправленную, контекст-зависимую помощь высокой эффективности. Далее мы подробно рассмотрим эти две группы факторов риска и связь между ними.

В данной статье представлено исследование наиболее распространенных механизмов самоповреждающего поведения без суицидальных намерений на неклинической выборке 604 подростков 7—11-х классов.

**Выборка.** Были обследованы 670 учащихся из 19 образовательных организаций г. Москвы в возрасте от 12 до 18 лет. 66 анкет были исключены из исследования по причине невалидности результатов. Таким образом, в исследовании приняли участие 604 человека, из них 341 — женского пола и 263 — мужского пола в возрасте от 12 до 18 лет (средний возраст 14 лет): учащиеся 7-х классов — 128 чел., 8-х классов — 139 чел., 9-х классов — 194 чел., 10-х классов — 90 чел. и 11-х классов — 30 чел., а также студенты первого курса колледжа — 23 чел. из различных административных округов г. Москвы.

Для сравнения результатов по самоповреждающему поведению были использованы данные 54 амбулаторных пациентов отделения суицидологии московского НИИ психиатрии, предъявлявших пассивные суицидальные мысли.

## Методы и методики

На первом этапе исследования проводилось скрининговое обследование учащихся 7—11-х классов г. Москвы с использованием следующих методик:

— Шкала безнадежности (Hopelessness Scale, A. Beck) использовалась для оценки восприятия настоящего и будущего [5];

— Шкала одиночества (UCLA, версия 3, Д. Рассел) применялась для оценки выраженности субъективного переживания одиночества [4];

— Опросник склонности к агрессии Басса-Перри был направлен на выявление степени выраженности физической агрессии, гнева и враждебности [1];

— Индекс хорошего самочувствия (WHO-5, Well-Being Index, ВОЗ) применялся для выявления депрессивной симптоматики; русскоязычная версия опросника находится в свободном доступе на сайте ВОЗ-5 ([https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5\\_Russian.pdf](https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Russian.pdf));

— Оценка личностных характеристик, отражающих эмоциональную нестабильность, импульсивность, самовлюбленность с повышенной чувствительностью и нарциссическую уязвимость производилась с помощью опросника личностных расстройств PDQ-IV [9].

Для статистического анализа данных использовалась компьютерная программа SPSS Statistics 19.0 (U-критерий Манна—Уитни).

На втором этапе мониторинга проводилось индивидуальное психологическое диагностическое консультирование подростков «группы риска» с помощью карты оценки суицидального риска. Карта оценки суицидального риска разработана в НИЛ «Научно-методическое обеспечение экстренной помощи» совместно со специалистами службы детского телефона доверия ЦЭПП МГППУ, в данный момент проходит этап апробации (полный текст карты приведен в Приложении 1).

### Результаты скринингового обследования (первый этап мониторинга)

По результатам анализа данных опросника личностных расстройств PDQ-IV (N=604), 102 подростка (16,9 %) указали, что имели самоповреждающие действия в истории жизни («группа риска»). В качестве группы сравнения опросники скрининга также заполнили 54 пациента с суицидальными тенденциями (предъявляющие пассивные суицидальные мысли). На основе этого было выделено три группы:

— *группа 1* — группа нормы (подростки, не отметившие у себя наличие самоповреждающего поведения);

— *группа 2* — группа риска (подростки, отметившие у себя наличие суицидального поведения);

— *группа 3* — клиническая группа (пациенты с подтвержденными суицидальными тенденциями).

*Безнадежность и риск самоповреждающего поведения.* При анализе различий выраженности показателей безнадежности между группой нормы и группой риска с помощью U-критерия Манна—Уитни были обнаружены

значимые различия по выраженности безнадежности, как по отдельным пунктам опросника, так и по общему баллу безнадежности (табл. 1).

Таблица 1

**Сравнительные результаты по шкале безнадежности**

Пункты опросника безнадежности Бека	Группа нормы (N=502)		Группа риска (N=102)		Уровень зна- чимости p
	M	SD	M	SD	
1. Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом	0,23	0,42	0,44	0,50	p < ,005
7. Будущее представляется мне во тьме	0,19	0,39	0,47	0,50	p < ,001
9. У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем	0,12	0,33	0,31	0,47	p < ,005
11. Все, что я вижу впереди, – скорее неприятности, чем радости	0,18	0,38	0,45	0,50	p < ,001
14. Дела идут не так, как мне хочется	0,50	0,50	0,81	0,39	p < ,001
15. Я сильно верю в свое будущее	0,24	0,43	0,49	0,50	p < ,001
16. Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть	0,088	0,28	0,33	0,47	p < ,001
17. Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем	0,23	0,42	0,47	0,50	p < ,001
18. Будущее представляется мне расплывчатым и неопределенным	0,48	0,50	0,70	0,46	p < ,001
19. В будущем меня ждет больше хороших дней, чем плохих	0,15	0,36	0,36	0,48	p < ,001
20. Бесплезно пытаться получить то, что я хочу, потому что, вероятно, я не добьюсь этого	0,09	0,29	0,31	0,47	p < ,001
Сумма баллов по Шкале безнадежности	4,63	3,51	8,27	4,25	p < ,001

В группе с риском самоповреждающего поведения обнаруживается более мрачный, пессимистичный и недифференцированный взгляд на свое будущее и меньшая удовлетворенность настоящим. Наиболее высокие показатели безнадежности обнаружены в группе пациентов с суицидальными тенденциями по вопросам: 4. «Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет» и 14. «Дела идут не так, как мне хочется»; немного менее выраженные по вопросам: 3. «Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда» и 18. «Будущее представляется мне расплывчатым и неопределенным».

*Выраженность субъективного переживания одиночества и самоповреждающее поведение.* Согласно данным, представленным в табл. 2, показатели субъективного переживания одиночества «группы нормы» отличаются от показателей группы риска по большинству вопросов шкалы одиночества. Показатели группы с риском самоповреждающего поведения наиболее сильно отличаются от показателей пациентов с подтвержденными суицидальными тенденциями по следующим вопросам: 9. «Как часто Вы чувствуете себя открытым для общения и дружелюбным?», 12. «Как часто Вы чувствуете, что Ваши отношения с другими поверхностны?» и 18. «Как часто Вы чувствуете, что есть люди вокруг Вас, но не с Вами?».

Таблица 2

**Сравнительные результаты по шкале одиночества**

Пункты шкалы одиночества	Группа нормы (N=502)	Группа риска (N=102)	Клиническая группа (N=54)
	М (SD)	М (SD)	М (SD)
2. Как часто Вы чувствуете недостаток в дружеском общении?	1,27 <sup>a</sup> 0,92	1,92 0,92	
3. Как часто Вы чувствуете, что нет никого, к кому можно обратиться?	1,09 <sup>a</sup> 1,01	1,95 1,03	
4. Как часто Вы чувствуете себя одиноким?	1,17 <sup>a</sup> 0,99	2,09 0,98	
5. Как часто Вы чувствуете себя частью группы друзей?	0,60 <sup>a</sup> 0,83	1,07 0,97	
6. Как часто Вы чувствуете, что у Вас есть много общего с окружающими людьми?	0,90 <sup>a</sup> 0,81	1,34 0,99	
9. Как часто Вы чувствуете себя открытым для общения и дружелюбным?		0,97 <sup>b</sup> 0,98	1,89 1,00



11. Как часто Вы чувствуете себя покинутым?	0,96 <sup>a</sup> 0,94	1,96 0,93	
12. Как часто Вы чувствуете, что Ваши отношения с другими поверхностны?		1,92 <sup>b</sup> 0,97	2,69 0,47
13. Как часто Вы чувствуете, что Вас никто не знает по-настоящему?	1,64 <sup>a</sup> 1,08	2,24 0,94	
14. Как часто Вы чувствуете себя изолированным от других?	0,86 <sup>a</sup> 0,92	1,56 1,09	
16. Как часто Вы чувствуете, что есть люди, которые Вас действительно понимают?	0,85 <sup>a</sup> 0,85	1,32 0,91	
18. Как часто Вы чувствуете, что есть люди вокруг Вас, но не с Вами?	1,55 <sup>a</sup> 0,98	2,18 <sup>b</sup> 0,88	2,98 0,14
19. Как часто Вы чувствуете, что есть люди, с которыми Вы можете поговорить?	0,63 <sup>a</sup> 0,81	1,23 0,90	
20. Как часто Вы чувствуете, что есть люди, к которым Вы можете обратиться?	0,70 <sup>a</sup> 0,81	1,33 0,98	
Сумма баллов опросника	21,68 <sup>a</sup> 10,54	32,68 <sup>b</sup> 10,73	41,50 8,44

*Примечания:* 1) М — среднее; SD — стандартное отклонение; 2) а — различия между испытуемыми 1-й и 2-й групп статистически достоверны; 3) b — различия между испытуемыми 2-й и 3-й групп статистически достоверны.

Таким образом, можно сделать вывод, что для испытуемых с риском самоповреждающего поведения характерно более выраженное переживание собственного одиночества: они гораздо чаще чувствуют себя покинутыми другими людьми и гораздо реже ощущают принадлежность к группе людей. Это ощущение может быть не связано с реальным количеством друзей у подростка — испытуемые группы риска по самоповреждающему поведению отмечают, что отношения с другими людьми поверхностны, и что их никто не знает по-настоящему.

*Склонность к агрессии и самоповреждающее поведение.* Согласно данным, полученным в результате сравнения группы нормы, группы с риском самоповреждающего поведения и группы пациентов с подтвержденными суицидальными тенденциями (табл. 3), наиболее яркие различия обнаружены по шкале «Гнев»: сильнее всего гнев выражен в группе пациентов с подтвержденными суицидальными тенденциями, менее выражен в группе с риском самоповреждающего поведения и меньше всего выражен в группе нормы. Враждебность и физическая

агрессия наиболее выражены в группе подростков с риском самоповреждающего поведения, сильнее, чем в группе пациентов. В группе пациентов с подтвержденными суицидальными тенденциями вербальная агрессия более выражена, чем в двух других экспериментальных группах.

Таблица 3  
Сравнительные результаты по опроснику склонности к агрессии

Шкалы опросника склонности к агрессии Басса—Перри	Группа нормы (N=502)	Группа риска (N=102)	Клиническая группа (N=54)
	М (SD)	М (SD)	М (SD)
Физическая агрессия	22,75 12,51	24,74 <sup>b</sup> 8,35	18,89 4,42
Гнев	19,78 <sup>a</sup> 9,75	24,97 <sup>b</sup> 10,18	28,37 5,18
Враждебность	21,70 <sup>a</sup> 13,70	27,75 14,51420	23,43 7,43
Вербальная агрессия	14,59 5,56	15,50 <sup>b</sup> 4,61	17,33 5,47

Примечания: 1) М — среднее; SD — стандартное отклонение; 2) а — различия между испытуемыми 1-й и 2-й групп статистически достоверны; 3) б — различия между испытуемыми 2-й и 3-й групп статистически достоверны.

*Симптомы депрессии в исследуемой выборке.* В группе нормы показатели индекса хорошего самочувствия немного выше нормативных, что говорит об отсутствии депрессивной симптоматики в данной группе (рис. 1). Между группой нормы и группой риска обнаружены различия по выраженности симптомов депрессии на высоком уровне значимости ( $p < ,001$ ) — в группе с риском самоповреждающего поведения симптомы депрессии выражены значительно сильнее. В группе пациентов с подтвержденными суицидальными тенденциями симптомы депрессии выражены в два раза сильнее, чем в группе подростков с риском самоповреждающего поведения, данное различие достигает статистически высокого уровня значимости ( $p < 0,001$ ).

*Акцентуации личности и самоповреждающее поведение.* По результатам обследования группа риска демонстрирует наиболее высокие показатели по выраженности акцентуаций характера, что можно объяснить самим критерием отбора группы (табл. 4).

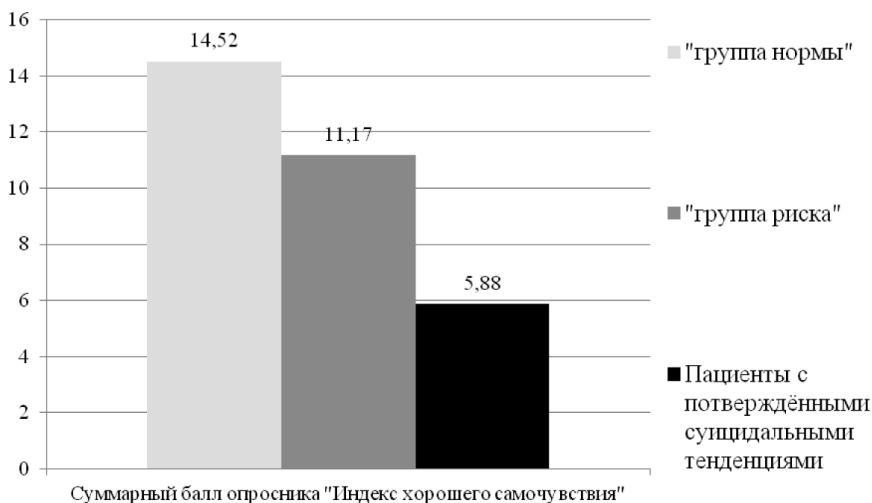


Рис. 1. Величина индекса хорошего самочувствия

Таблица 4

Показатели выраженности акцентуаций характера в группах

Шкалы опросника личностных расстройств PDQ-IV	Группа нормы (N=502)	Группа риска (N=102)	Клиническая группа (N=54)
	М (SD)	М (SD)	М (SD)
Нарциссизм	62,87 14,09	64,75 <sup>b</sup> 14,84	62,17 22,69
Эмоциональная неустойчивость	62,74 <sup>a</sup> 11,26	79,44 <sup>b</sup> 9,90	76,04 11,52
Негативизм	61,44 <sup>a</sup> 12,51	71,60 <sup>b</sup> 10,89	67,28 16,74

Примечания: 1) М — среднее; SD — стандартное отклонение; 2) а — различия между испытуемыми 1-й и 2-й групп статистически достоверны; 3) b — различия между испытуемыми 2-й и 3-й групп статистически достоверны.

Таким образом, в результате сравнения трех групп выделены симптомы (суицидальные маркеры), по мере нарастания выраженности которых возрастает риск развития суицидального поведения.

Испытуемые группы с риском самоповреждающего поведения демонстрируют в два раза более высокие показатели по Шкале безнадежности ( $M=8,27$ ), чем подростки группы нормы ( $M=4,63$ ).

Для группы с риском самоповреждающего поведения характерно более выраженное переживание собственного одиночества ( $M=32,68$ ), чем для группы нормы ( $M=21,68$ ): они гораздо чаще чувствуют себя покинутыми другими людьми и гораздо реже ощущают принадлежность к группе людей.

В группе нормы все показатели опросника склонности к агрессии (гнев, физическая агрессия, враждебность, вербальная агрессия) ниже, чем в группе с риском самоповреждающего поведения. Враждебность и физическая агрессия наиболее сильно выражены в группе подростков с риском самоповреждающего поведения, более, чем в группе пациентов с подтвержденными суицидальными тенденциями.

В группе риска по самоповреждающему поведению симптомы депрессии выражены значительно сильнее, чем в группе нормы. В группе пациентов с подтвержденными суицидальными тенденциями симптомы депрессии выражены в два раза сильнее, чем в группе подростков с риском самоповреждающего поведения, данное различие достигает статистически высокого уровня значимости ( $p < ,001$ ).

Группа испытуемых, отметивших у себя наличие самоповреждающего поведения, демонстрирует наиболее высокие показатели по выраженности акцентуаций характера — нарциссизму и эмоциональной неустойчивости (пограничности).

### **Результаты индивидуального психологического диагностического консультирования подростков группы риска (второй этап мониторинга)**

Из 604 обследованных испытуемых 102 подростка (16,9%) отметили случаи причинения себе вреда («Бывало, что я наносил себе вред или пытался убить себя»). Средний возраст — 14,5 лет. Из них 75% составили подростки женского пола, 25% — мужского. Со 100 подростками было проведено индивидуальное диагностическое интервью (на работу с двумя испытуемыми не имелось согласия родителей). На основании клинической беседы наличие самоповреждающего поведения (СП) было подтверждено в 90 случаях. 10 обследованных демонстрировали мысли о самоповреждении, не доходившие до уровня действий.

*Клиническое интервью включало в себя следующие вопросы.*

1. Способ СП (оценка brutality)?
2. При каких обстоятельствах произошло СП?
3. Психическое состояние при нанесении себе повреждений?

4. Было ли лишение себя жизни целью СП?
5. Какой был основной мотив СП?
6. Были ли раньше случаи самоповреждения?
7. Как подросток относится к своим действиям сейчас?
8. Кто еще знает о самоповреждающих действиях (родители, друзья)?
9. Как они к этому относятся?
10. Как бы подросток поступил в этой ситуации теперь?

*Основные причины самоповреждающего поведения* среди подростков (100 случаев): на фоне субъективно значимого непереносимого события — 36%, на фоне существующего депрессивного состояния — 34%, как реакция декомпенсации у акцентуированной личности как правило демонстративно-шантажного характера — в 25%, другое — 5%.

*Основные способы самоповреждающего поведения* среди подростков: самопорезы — 65%, самопобой — 15%, отравления — 10%, прижигание кожи — 5%.

При проведении статистического анализа для оценки различий между группами с использованием U-критерия Манна—Уитни были получены значимые различия по шкалам: безнадежности ( $p=0,000$ ), одиночества ( $p=0,014$ ), физической агрессии ( $p=0,016$ ), гнева ( $p=0,000$ ), враждебности ( $p=0,004$ ), вербальной агрессии ( $p=0,022$ ), пограничности ( $p=0,000$ ) и негативизма ( $p=0,007$ ). В группе подростков с СП эти показатели оказались выше, а по шкале настроения ( $p=0,005$ ) — ниже, чем у подростков без СП.

Клинически обследованы 100 подростков с СП. В беседе использовалась клиническая карта, включающая в себя возможность градации основных суицидальных маркеров. Дальнейший анализ выявленной группы риска показал, что у 100% самоповреждающее поведение не сопровождалось суицидальным намерением.

Выделены три наиболее распространенных психологических механизма самоповреждающего поведения, встречающиеся у подростков (рис. 2).



Рис. 2. Психологические механизмы самоповреждающего поведения

Проанализированы их различия по клинической картине, динамике развития, мотивам, личностным особенностям подростков и отношению к своим действиям.

**1. Стрессовый механизм СП (20%)** развивается на фоне непереносимой жизненной ситуации. События, связанные с самоповреждающим поведением у подростков: конфликты в семье — 50%, влюбленность — 14%, психические нарушения — 4%, сочетание факторов — 25%, тяжелое соматическое заболевание — 1%.

Подтипы:

*1.1. Стрессовый, импульсивный (5%)* — в остром периоде с переживаниями отчаяния, безысходности, душевной боли, явлениями деперсонализации и дереализации, что проявляется в восприятии «измененного» себя и окружающего мира: «Я как будто сама не своя, и все вокруг другое». На фоне аффективного напряжения для СП используются средства из ближайшего бытового окружения (лезвия, колющие предметы, иногда таблетки — «заснуть, отключиться»). Цель СП — снятие невыносимого напряжения, с последующим раскаянием в содеянном. Способы совершения СП различные, могут представлять опасность для жизни. Чаще происходит в ситуации острого непереносимого конфликта. В большинстве не думают о смертельном исходе СП. Основные мотивы — протест, самонаказание. Отношение к своим действиям критическое, раскаяние в содеянном, стараются никого не посвящать. В беде ищут помощи сочувствия, совета (рис. 3).

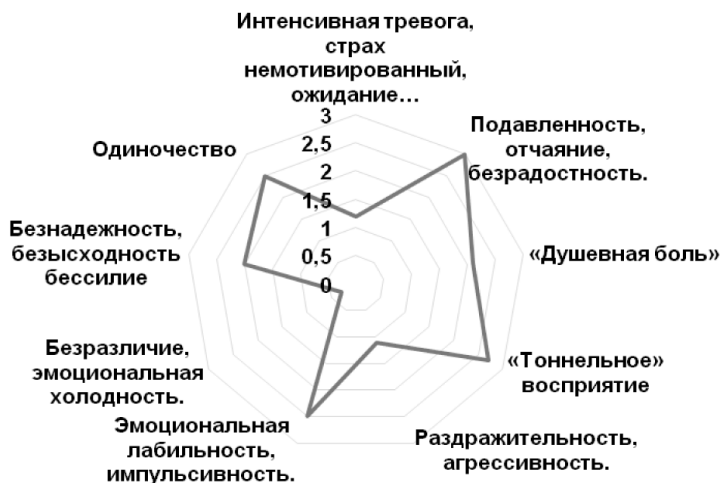


Рис. 3. Структура кризисного состояния при стрессе в момент совершения СП (импульсивный подтип)

### **Пример. Импульсивный подтип СП**

Респондент: девочка, 14 лет, однократное самоповреждение.

*Как ты наносила себе самоповреждения? При каких обстоятельствах?*

«Я серьезно поссорилась со своим парнем, расстроилась, прихожу домой, а на меня еще отчим наезжать стал, обзывать, что я... ну все такое, я и не выдержала, убежала в свою комнату, закрылась и ударила себя скальпелем в плечо».

*Ты помнишь свое состояние тогда?*

«Не помню, состояние было какое-то замутненное, как будто пелена накрыла, плохо понимала, что делала. После того, как потекла кровь, как будто бы очнулась. Испугалась сильно, что родители узнают, еле кровь сама остановилась».

*Что для тебя значило это действие?*

«Наверное, снять боль, обиду, какое-то сильное напряжение во всем теле».

*Реагировала ли ты так раньше на разочарования?*

«Нет, что Вы, это первый раз».

*Как ты сейчас относишься к тем своим действиям?*

«Со страхом, виню себя, что могла навредить себе, да и потом родители очень бы расстроились».

*Как ты думаешь, что можно было сделать в этой ситуации еще?*

«Да, что угодно, пойти погулять».

**1.2. Стрессовый, продуманный (15%)** — с переживаниями подавленности, гнева, планируемый заранее, с мотивом протеста или мести. Способы различны, есть риск смертельного исхода из-за недооценки тяжести от последствий выбранного способа. Чаще происходит на фоне хронических конфликтных ситуаций. Чувства и мысли смешанные, переживания подавленности, гнева, обвинения других. В большинстве не думают о смертельном исходе СП. Планируют заранее. Основные мотивы: протест и месть. Учителя могут одними из первых узнать об СП. Для родителей самоповреждение подростка чаще является неожиданностью. Отношение подростков к своим действиям недостаточно критичное, имеет место недооценка угрозы СП. В беседе чаще оправдывают себя, обвиняя окружающих (рис. 4).

### **Пример. Стрессовый продуманный подтип СП**

Респондент: мальчик, 16 лет, неоднократные самоповреждения, попытка отравления обезболивающими препаратами.

*При каких обстоятельствах ты решил выпить таблетки?*

Если честно, родители и школа достали. Все твердят: «учись», а не понимаю, зачем, а за день до таблеток отец отобрал планшет, я и взбесился.

*Какие чувства и мысли у тебя тогда были?*

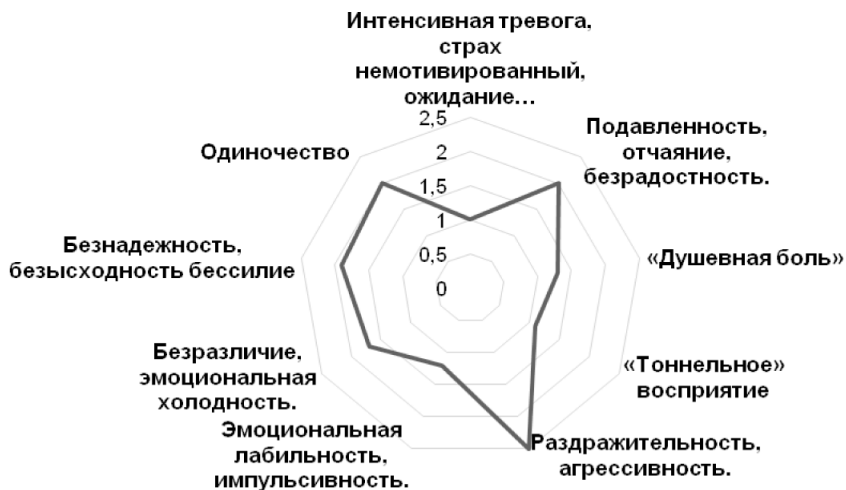


Рис. 4. Структура кризисного состояния при стрессе в момент совершения СП (продуманный подтип)

Вначале была злость, хотел сразу порезать руки, но испугался. Когда немного успокоился, решил выпить «безопасных» таблеток, чтобы от меня отстали.

*То есть ты не хотел именно умереть?*

Нет, это точно, просто все достало.

*Как ты сейчас относишься к своим действиям?*

Я был не прав. Если бы я только знал о последствиях, а сейчас врачи говорят, что у меня печень и почки посажены и мне нельзя спортом заниматься.

*Как ты думаешь, как можно было поступить в этой ситуации еще?*

Честно, не знаю, боюсь, что если опять будут наезды могу сорваться, но уже посерьезней.

**2. Депрессивный механизм СП (45%)** развивается на фоне сниженного настроения, чувства собственной «плохости», малоценности, пессимистического видения будущего, одиночества, «брошенности». По мере нарастания депрессивной симптоматики развивались обсессивно-фобические реакции, ангедония, идеи малоценности.

**2.1. Депрессивно-импульсивный СП** — как реакция на внезапное беспричинное изменение в психическом состоянии (10%). Смешанный аффект, с телесными сенсациями, снижением успеваемости из-за сложностей концентрации внимания, утомляемости, «лени», страхом сумасшествия и боязнью рассказать кому-то о своем состоянии приводят подростка к СП с целью облегчения своего витального состояния. Способы различные, чаще самопорезы, обыч-



но однократные. В большинстве не думают о смертельном исходе СП. Родители, часто узнают одними из последних, после того как учителя обращают их внимание на состояние подростка. Отношение подростков к своим действиям недостаточно критичное, в силу непонимания, что с ними происходит. Возможен риск смертельного исхода из-за недооценки тяжести депрессивного состояния, повторных более brutальных аутоагрессивных действий. Как правило, ищут помощи, сочувствия (рис. 5).



Рис. 5. Структура кризисного состояния при депрессии в момент совершения СП (импульсивный подтип)

### Пример. Импульсивный подтип СП

Респондент: мальчик, 15 лет, неглубокие порезы на внешней стороне предплечья.

*Что случилось, что ты решил порезать себе руки?*

Я в последнее время плохо соображаю, настроение ужасное, да как будто волной страха накрывает. Вот я таким образом в себя прихожу.

*Насколько тебе такой способ помогает справиться с состоянием?*

Немного, на время, а так настроение все равно остается плохим, боюсь этих приступов, боюсь, что из-за них могу себе сильно навредить.

*Кому еще ты рассказывал о своем состоянии, порезах на руках?*

Да никому, пытался что-то сказать родителям, но они меня не слушают, говорят, что все пройдет, что у меня возрастной кризис, друзья в последнее время стали меньше со мной общаться, наверное потому, что я поглупел (*с грустной ухмылкой*).

*Что ты думаешь делать в этой ситуации?*

Наверное, пора к врачу обращаться.

2.2. *Депрессивно-продуманный СП* (30%) — развивается на фоне длительного сниженного настроения, ангедонии, заниженной самооценки, телесном дискомфорте, которые часто не осознаются подростком. СП часто носит многократный, часто навязчивый характер. Способы СП: самопорезы, прижигание, травмы рук, колотые ранения. Ситуации разнообразны и не специфичны. Цель самоповреждения — справиться с внутренней напряженностью, неудовлетворенностью собой, доказать себе и окружающим свою состоятельность. Родители чаще узнают случайно, обращая внимание на самоповреждения, а не на эмоциональное состояние подростка. Отношение к СП двойственное, в зависимости от мнения окружающих, разочарование сменяется чувством гордости за себя. Серьезность, сочетающаяся с повышенной чувствительностью, впечатлительность, склонность к сопереживанию, зависимость, тревожная мнительность или ананкастическая робость — таковы характеристики данного склада личности. Подростки испытывали существенные трудности или вовсе были неспособны к выражению агрессии, как в вербальной, так и физической форме. Особенности сложности представляла вербализация агрессии в ситуациях, которые в норме вызывают раздражение, злость (рис. 6).



Рис. 6. Структура кризисного состояния при депрессии в момент совершения СП (продуманный подтип)

### *Пример. Продуманный подтип СП*

Респондент: девочка, 15 лет, неглубокие порезы рук и ног.

*Как ты наносила себе самоповреждения? При каких обстоятельствах?*

Я брала нож и резала свое тело. Я делала это, когда я чувствовала, что не нужна родителям, никому, хотя и понимаю, что это не так, ведь они у меня хорошие.

*Ты помнишь свое состояние тогда?*

Мне было плохо, в теле как будто много демонов, которые разрывают его, я хотела бы чтобы моему телу было плохо и больно.

*Ты хотела именно умереть?*

Нет, наверное, я хотела показать, как мне больно, от того, что меня никто не понимает.

*Как ты сейчас относишься к своим действиям?*

Я хочу это прекратить, не думать о плохом, но руки сами тянутся к ножу.

*Кто еще знает о твоих самоповреждающих действиях (родители, друзья)?*

Только Вы, я боюсь кому-либо еще рассказать, меня все равно никто не поймет.

*Как ты думаешь, что можно было сделать в этой ситуации еще?*

Пусть хоть кто-нибудь меня сможет понять, и, хотелось бы, чтобы родители.

**3. Психопатоподобный механизм СП (35%)** — связан с акцентуациями пограничного и нарциссического типов. В качестве базовых психологических и психопатологических феноменов можно выделить утрату базового доверия к миру, поляризованное восприятие мира с резкими переходами между крайним восхищением и ненавистью, подозрительность, сниженный фон настроения. Низкий уровень интеграции эмоций, негативные аффекты могут переполнять подростка и становиться невыносимыми настолько, что вызывают импульсивное поведение. Чувство самооценности очень хрупкое, даже в ситуациях незначительных ран или различий между собственными и чужими желаниями. Собственные интересы переоцениваются и зачастую не вполне понятны для других.

**3.1. Психопатоподобный импульсивный СП (5%)** — развивается в ситуациях нарциссического кризиса, связанного с реальным или мнимым обесцениванием грандиозного «Я» в состоянии аффективно суженного сознания, переживаниями ненависти к себе и окружающим (рис. 7). Мотив — «возвращение в реальность», месть. Способы самоповреждения различаются и могут быть опасны для жизни. Суицидальные мысли пассивны («надоело жить»), нет намерений убить себя. Неоднократные импульсивные самоповреждения в истории жизни. Основная цель самоповреждений — снятие напряжения. Развиваются, с точки зрения взрослых, при объективно несущественных событиях, но имеющих высокий уровень субъективной значимости. Родителей, как правило, не посвящают в свои переживания. Отношение к СП, при выходе из кризисного состояния, критичное, преобладает тревога, растерянность. К факторам, усиливающим риск развития СП, можно отнести употребление психоактивных веществ (рис. 7).



Рис. 7. Структура кризисного состояния при депрессии в момент совершения СП (импульсивный подтип)

### Пример. Импульсивный подтип СП

Респондент: мальчик, ученик 10 класса, неоднократные повреждения кожи пальцевых суставов.

*Что с тобой случилось? Ты сегодня выглядишь расстроенным.*

Вчера было плохое настроение, опять вспышки агрессии, какой-то гад меня чуть не задавил на пешеходном переходе, потом дома родители наехали, что я не учусь, и они у меня заберут интернет. Ну я и взорвался.

*И что ты делал?*

А что мне было делать? Орать нельзя, как в помутнении каком-то, тупо стучал кулаком в стену, до крови пока не пришел в себя.

*Ты рассказал о своих переживаниях родителям или друзьям?*

Нет, не хочу, родители орать начнут, друзьям я говорил, они не понимают.

*Ты хочешь с кем-нибудь посоветоваться?*

Да, но я не верю никому.

*Ты можешь анонимно позвонить на телефон доверия?*

Я попробую.

3.2. *Аффективно продуманный (демонстративно-шантажный) СП* (30%) — совершается с целью показать свою исключительность, манипулирования окружающими, создания вокруг себя ореола «почитания» (рис. 8). Способы СП не представляют угрозу для жизни. СП может осуществляться как в присутствии людей, так и в одиночестве. Совершается в состоянии холодного рассудка и при эпатажном поведении. Друзья всегда в курсе, совершается с целью показать свою исключитель-

ность, манипулирования окружающими. Родители или не знают, так как внешне самоповреждающее поведение может не оставлять следов, либо относятся как к возрастному кризису. Подростки к СП относятся спокойно, считают, что это их дело. Эта группа подростков с раннего возраста характеризовалась сочетанием таких противоречивых черт, как чувствительность, ранимость и холодность, жестокость, отгороженность от окружающих. Родители, а потом и друзья, рассматривались как средство для достижения своих целей.



Рис. 8. Структура кризисного состояния при психопатоподобном механизме в момент совершения СП (продуманный подтип)

### Пример. Продуманный подтип СП

Респондент: девочка, 8 класс, неоднократные самопорезы на уроках и дома.

*Как ты наносила себе самоповреждения? При каких обстоятельствах?*

Лезвием аккуратно делала порезы, (говорит демонстративно) когда я чувствовала себя зависимой от мира, несвободной от своих чувств, тела.

*Какие чувства и мысли у тебя тогда были?*

Я ненавидела себя, других за примитивизм жизни, ненавидела и ненавижу этот мир.

*Ты хотела именно умереть?*

Может быть, да, а может быть, и нет, я не знаю.

*Кто еще знает о твоих самоповреждающих действиях (родители, друзья)?*

Знают друзья, у меня среди них есть понимающие, которые старше, мы с ними общаемся по сети. Родителям до меня нет дела, они только деньги умеют зарабатывать... Считают, что это возрастное.

*Как ты сейчас относишься к своим действиям?*

А как к этому можно относиться, если мир отвратителен... нормально.

*Как ты думаешь, что можно было сделать в этих ситуациях еще?*

Не поняла, а что я такого делаю? Я выражаю свое отношение к этому... миру.

Таким образом, по результатам клинического обследования группы подростков с самоповреждающим поведением были выделены три основных механизма его развития: стрессовый (20%), депрессивный (45%) и психопатоподобный (35%), отличающиеся клиникой, преморбидной личностью и прогнозом. Данная классификация позволяет сформулировать дифференцированные мишени психологической помощи для подростков каждой из трех групп.

### **Заключение**

В результате полученных по скринингу данных, 16,9% подростков указали на то, что в их жизни были самоповреждающие действия (54% однократно, 46% по нескольку раз), что ненамного превышает показатели по зарубежным источникам. Однако здесь важно учитывать, что большой процент СП у подростков связан с «данью моде», подчеркиванием своей исключительности. В целом, в группе подростков с СП преобладали переживания безнадежности, одиночества, неспособность справляться с агрессивными импульсами, депрессивные симптомы и акцентуации характера. Можно предположить, что СП является структурно образующим феноменом, объединяющим вокруг себя различные проявления социально-психологической дезадаптации. Клиническое обследование подростков с СП показало его патогенетическую и клиническую неоднородность, что позволило выделить три механизма развития СП. При обследовании детей в школах не было обнаружено бредовых механизмов СП, которые часто наблюдаются в психиатрических стационарах. Использование клинической карты позволило отобразить графически своеобразие кризисных состояний в различных группах, наметить симптомы мишени для психотерапевтического воздействия.

Понимание механизмов развития самоповреждающего поведения по клинической картине, мотивам, динамике развития, личностным особенностям подростков, отношению к своим действиям, взаимодействию со значимыми другими дает необходимую информацию для разработки более специализированных программ первичной и вторичной профилактики самоповреждающего и суицидального поведения в образовательных организациях.

### Карта оценки суицидального риска

ФИО консультанта \_\_\_\_\_

Возраст клиента \_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_

Запрос \_\_\_\_\_

Симптомы	Проявления/сочетания	0	1	2	3
Интенсивная тревога, страх немотивированный, ожидание неправимой беды	Сочетается с подавленностью, страхом потери контроля над собственными чувствами, переживаниями				
Подавленность, отчаяние, безрадостность	Использование слов и выражений «я устал жить», «я больше так не могу» часто связано с переживаниями безнадежности, одиночества, безысходности, чувством вины				
«Душевная боль»	Чувство тяжести за грудиной — «Душа болит» — приносит невыносимые страдания, чаще наблюдается при подавленности, отчаяние				
«Тоннельное» восприятие	Фиксация на своих переживаниях, мыслях, связанных с ситуацией. Не о чем другом говорить не может. Трудно поддается переубеждению				
Аутоагрессивные тенденции	Желание причинить себе физическую боль, злоупотребление алкоголем, наркотиками, экстремальные виды поведения связанные с осознанным риском для жизни, уничтожение себя в речи				
Раздражительность, агрессивность	Сопутствует обиде, часто с обвинениями других				
Эмоциональная лабильность, импульсивность	Зависимость эмоционального фона от содержания разговора, перескакивание с темы на тему, часто необдуманные плохо контролируемые поступки				

Безразличие, эмоциональная холодность	Использование слов и выражений: «скучно», «не интересно жить», «все надоело»				
Безнадежность, безысходность, бессилие	Чувство ненужности, непонимания, тупика, безнадежности, пустоты рядом, как правило, тесно связано с тоской, подавленностью				
Одиночество	Переживание своей брошенности, восприятие себя как бремени для близких				

0 — нет симптома;

1 — слабо выражен (психологически связан ситуацией, в процессе может легко уходить);

2 — умеренно (симптом стабилен, носит отчетливо болезненный для человека характер);

3 — сильно выражен (человек погружен в переживания, не может и часто не хочет выйти из него переключиться на что-то другое).

**Состояние оценивается как кризисное, если:**

1) один симптом выражен на 3 балла;

2) три симптома выражены на 2 балла;

3) сумма баллов 12 и выше.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П. Психометрический анализ русскоязычной версии опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри // Психологический журнал. 2007. № 1. С. 115—124.
2. Жмуров В.А. Большой толковый словарь терминов психиатрии. М.: Джангар, 2010. 864 с.
3. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Том 23. № 4. С. 176—190. doi:10.17759/cpp.2015230411
4. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие / Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара. Бахрах-М. 2000. С. 77—78.
5. Beck A.T, Weissman A., Lester D., Trexler L. Measurement of pessimism: The hopelessness scale // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1974. Vol. 42 (6). P. 861—865.
6. Cloutier P., Martin J., Kennedy A., Nixon M.K., Muehlenkamp J.J. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services // Journal of Youth and Adolescence. 2010. Vol. 39. P. 259—269. doi: 10.1007/s10964-009-9465-1
7. De Wilde E.J. Adolescent suicidal behaviour: A general population perspective // The international handbook of suicide and attempted suicide / K. Hawton, K. van Heeringen (eds.). Chichester: Wiley, 2002. P. 249—259.
8. Hawton K., Saunders K., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents // Lancet. 2012. Vol. 379 (9834). P. 2373—2382. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
9. Hyler S.E. PDQ-4+ personality questionnaire. New York: Author, 1994.
10. Madge N., Hewitt A., Hawton K., et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) study // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2008. Vol. 49 (6). P. 667—677.
11. Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm // Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2012. Vol. 6(1). doi: 10.1186/1753-2000-6-10
12. O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K. Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland // Journal of Affective Disorders. 2014. Vol. 159. P. 46—52. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.015

## MECHANISMS OF SELF-HARM BEHAVIOR IN NON-CLINICAL ADOLESCENT POPULATION: THE RESULTS OF MONITORING IN MOSCOW SCHOOLS

G.S. BANNIKOV\*,

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
bannikovgs@mgppu.ru

N.Y. FEDUNINA\*\*,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
natalia\_fedunina@mail.ru

T.S. PAVLOVA\*\*\*,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
dazo@yandex.ru

O.V. VIKHRISTYUK\*\*\*\*,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
vikhristukov@mgppu.ru

### For citation:

Bannikov G.S., Fedunina N.Y., Pavlova T.S., Vikhristyuk O.V., Letova A.V., Bazhenova M.D. Mechanisms of Self-Harm Behavior in Non-Clinical Adolescent Population: The Results of Monitoring in Moscow Schools. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 42–68. doi: 10.17759/cpp.20162403004. (In Russ., abstr. in Engl.)

\* *Bannikov Gennady Sergeevich*, PhD in Medicine, Senior Research Assistant, Department of Suicidology, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Head of Laboratory “Scientific and methodological support of emergency psychological aid”, Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, e-mail: bannikovgs@mgppu.ru

\*\* *Fedunina Natalia Yur'evna*, PhD (Psychology), Leading Research Associate, Laboratory “Scientific and methodological support of emergency psychological aid”, Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: natalia\_fedunina@mail.ru

\*\*\* *Pavlova Tatiana Sergeevna*, PhD (Psychology), Senior research fellow, Laboratory “Scientific and methodological support of emergency psychological aid”, Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, e-mail: darzo@yandex.ru

\*\*\*\* *Vikhristyuk Olesya Valentinovna*, PhD (Psychology), Head of Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, e-mail: vikhristukov@mgppu.ru

A.V. LETOVA\*\*\*\*\*,  
Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
letovaav@mgppu.ru

M.D. BAZHENOVA\*\*\*\*\*,  
FPC Institute, Moscow, Russia, maribazh@gmail.com

The behavior of self-harm is prevalent among adolescents. Most research on the topic has focused either on qualitative investigation of hospitalized teens or on quantitative research of non-clinical population. Their combination is considered very promising, yet it is extremely rare. The present article investigates the behavior of self-harm without suicidal intention in non-clinical population. The participants were 604 students of Moscow schools (7–11 grades). 22% participants reported at least 1 act of deliberate self-harm in the lifetime period (54% — single episode, 46% multiple episodes of self-harm). 100 adolescents with a history of non-suicidal self-harm were further assessed with Clinical Inventory, which reflected the gradation of the key suicide markers. Clinical assessment revealed three major mechanisms of self-harm development: stressful (20%), depressive (45%), and psychopathological (35%). Further distinction among impulsive and reflective led to description of 6 groups, each having specific clinical picture, dynamics, motives, personal patterns and attitude towards self-harm. Understanding of leading mechanism of antivital behavior is essential for effecting crisis intervention and psychological counseling of adolescents in the aftermath of self-harm or suicidal attempts. Comparative analysis of these results with data on clinical population reveals several differences.

**Keywords:** adolescents, self-harm behavior, clinical assessment, monitoring.

## REFERENCES

1. Enikolopov S.N., Tsibul'skii N.P. Psikhometricheskii analiz russkoyazychnoi versii Oprosnika diagnostiki agressii A. Bassa i M. Perri [Psychometric analysis of the Russian version of the Bass-Perry aggression questionnaire]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2007, no. 1, pp. 115–124. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Zhmurov V.A. Bol'shoi tolkovyi slovar' terminov psikhiiatrii [Big dictionary of psychiatric terms]. Moscow: Dzhangar, 2010. 864 p.
3. Polskaya N.A., Vlasova N.V. Autodestruktivnoe povedenie v podrostkovom i yunosheskom vozraste [Self-destructive behavior in adolescence and youth]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psycho-

\*\*\*\*\* *Letova Anna Vladimirovna*, Laboratory Assistant, Laboratory “Scientific and methodological support of emergency psychological aid”, Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russian Federation, e-mail: letovaav@mgppu.ru

\*\*\*\*\* *Bazhenova Marina Dmitrievna*, Supervisor of educational project on human-centered approach, FPC Institute, e-mail: maribazh@gmail.com

- therapy], 2015. Vol. 23, no. 4, pp. 176—190. doi:10.17759/cpp.2015230411 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy: uchebnoe posobie [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. D.Ya. Raigorodskii (eds.). Samara. Bakhrah, 2000, pp. 77—78.
  5. Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. Measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974. Vol. 42, no. 6, pp. 861—865.
  6. Cloutier P., Martin J., Kennedy A., Nixon M. K., & Muehlenkamp J. J. Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *Journal of Youth and Adolescence*, 2010, Vol. 39, pp. 259—269. doi: 10.1007/s10964-009-9465-1
  7. De Wilde E.J. Adolescent suicidal behaviour: A general population perspective. In K. Hawton & K. van Heeringen (eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*, Chichester: Wiley, 2002, pp. 249—259.
  8. Hawton K., Saunders K., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 2012. Vol. 379, no. 9834, pp. 2373—2382. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
  9. Hyler S.E. PDQ-4+ personality questionnaire. New York: Author, 1994.
  10. Madge N., Hewitt A., Hawton K., Wilde E.J., Corcoran P., Fekete S., Heeringen K.B., Leo D.D., & Ystgaard M. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008. Vol. 49, no. 6, pp. 667—677.
  11. Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2012. Vol. 6, no. 1. doi: 10.1186/1753-2000-6-10.
  12. O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K. Adolescent self-harm: A school-based study in Northern Ireland. *Journal of Affective Disorders*, 2014. Vol. 159, pp. 46—52. doi: 10.1016/j.jad.2014.02.015.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОПЫТКАМИ**

**М.И. ЧЕРНАЯ\***,

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени  
Н.В. Склифосовского, Москва, Россия, chernaya\_masha@mail.ru

**А.Б. ХОЛМОГорова\*\***,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии —  
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,  
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, kholmogorova@yandex.ru

**О.В. ЗУБАРЕВА\*\*\***,

Научно-исследовательский институт скорой помощи имени  
Н.В. Склифосовского, Москва, Россия, olgazubareva@yandex.ru

### **Для цитаты:**

*Черная М.И., Холмогорова А.Б., Зубарева О.В., Журавлева Т.В.* Клинические и социально-психологические характеристики пациентов с суицидальными попытками // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 69—88. doi: 10.17759/cpp.20162403005

\* *Черная Мария Игоревна*, младший научный сотрудник, ГБУЗ Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, Москва, Россия, chernaya\_masha@mail.ru

\*\* *Холмогорова Алла Борисовна*, доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии, Московский институт психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России; и.о. декана факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, kholmogorova@yandex.ru

\*\*\* *Зубарева Ольга Викторовна*, кандидат медицинских наук, заведующая отделением кризисных состояний и психосоматических расстройств, ГБУЗ Науч-

Т.В. ЖУРАВЛЕВА\*\*\*\*,  
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, tita1993@mail.ru

В статье представлен ретроспективный анализ историй болезни 192 пациентов с суицидальными попытками, проходивших лечение в соматопсихиатрическом отделении для хирургических больных НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского. Выборка включила 64% мужчин и 36% женщин. Большинство пациентов не имели высшего образования (82%), не состояли в браке (71%), находились в активном трудоспособном возрасте от 15 до 45 лет (74%). На основе анализа историй болезни выявлено: суицидальные попытки наиболее свойственны пациентам с диагнозами аффективного и личностного расстройства (56%); 11% — употребляли алкоголь и наркотические вещества, 74% — наносили себе колото-резаные ранения различной локализации, 65% — были инфицированы вирусом гепатита. Усиление тяжести психического состояния и нарастание психологической и социальной дезадаптации пациентов после совершения первичных аутоагрессивных действий чаще всего выступают в качестве факторов совершения повторных и многократных суицидальных попыток. Обосновывается необходимость создания специальных центров для реабилитации пациентов, совершивших суицидальную попытку, с целью предотвращения повторных аутодеструктивных действий, на основе модели центров диалектической бихевиоральной терапии, создаваемых для специализированной помощи пациентам с хроническим суицидальным поведением.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, социально—психологические факторы, суицидальная попытка, профилактика.

## Введение

Суицидальное поведение — комплексная проблема, требующая учета социально-экономических, теологических, философских, психологических и медицинских аспектов [22]. Как отмечала А.Г. Амбрумова, изучение самоубийств только с медицинской точки зрения невозможно, основополагающей предпосылкой суицидального поведения выступает социально-психологическая дезадаптация личности в условиях микро-социального конфликта [1; 2]. Суицидальное поведение называют болезнью цивилизации [6], а уровень самоубийств рассматривают как меру

но-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, Москва, Россия, olgazubareva@yandex.ru

\*\*\*\* Журавлева Татьяна Владимировна, студентка магистратуры кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, tita1993@mail.ru

общественного здоровья нации [28]. Ежегодно во всем мире самоубийства совершают от 873 тысяч до одного миллиона человек. По данным Всемирной организации здравоохранения, суицид является 13-й по счету причиной смерти на нашей планете [17].

Примечателен тот факт, что в Европейском регионе в возрастном диапазоне от 15 до 35 лет самоубийства занимают второе место среди причин смертности после дорожно-транспортных происшествий. При этом предположительно в 20 раз большее число людей совершают суицидальные попытки без фатального исхода, что выдвигает данную форму аутоагрессии на шестое место среди причин потери трудоспособности во всех развитых странах мира.

Среди суицидентов повторные суицидальные попытки предпринимают от 20% до 60% человек с временным интервалом до трех лет [13]. Каждый второй пытавшийся покончить с собой в течение года повторяет свою попытку, а каждый третий совершал суицидальную попытку в прошлом [24].

Анализ незавершенных суицидальных попыток важен для понимания причин и механизмов суицидогенеза. Как подчеркивает Б.С. Положий, количество незавершенных суицидов в несколько раз превышает количество самоубийств с летальным исходом [19]. Незавершенные суицидальные попытки позиционируются как попытки с «нефатальным результатом» [16], когда индивид намеренно, с целью изменения ситуации или проявляя агрессию по отношению к собственной личности, наносит себе самоповреждения. Изучение социально-психологических и психолого-психиатрических факторов аутодеструктивного поведения, включая завершенные и незавершенные, первичные и повторные суициды, а также самоповреждения, не имеющие суицидальной направленности, представляет самостоятельную научную задачу, решение которой позволяет раскрыть современные социальные аспекты суицидогенеза.

Незавершенные суицидальные попытки и самоповреждающее поведение могут наблюдаться как у пациентов с психопатологией, так и у психически здоровых людей в ситуациях кризиса и стресса [20; 21]. Отмечается, что в условиях психопатологии акты самоповреждения обусловлены спецификой болезни, тогда как при нормативном психическом развитии самоповреждающее поведение отражает нарушения психологического функционирования, вызванные как стрессовыми воздействиями, так и кризисно протекающими изменениями, свойственными подростковому и юношескому возрасту [20; 21]. Согласно исследованиям Н.А. Польской, в основе самоповреждающего поведения — необходимость восстановления «контроля над собственным состоянием», что подразумевает преодоление высокоинтенсивных болезненных эмоций, вызванных ситуативными факторами и обусловленных психологиче-

скими трудностями контроля над эмоциями, низкой толерантностью к стрессу, плохо развитыми навыками саморегуляции [20; 21].

Наиболее распространенными диагнозами у пациентов с неоднократными аутоагрессивными действиями являются расстройства личности и расстройства настроения. Распространены также смешанные тревожно-депрессивные и конверсионные расстройства [10; 11].

В МКБ-10 одним из критериев эмоционально-неустойчивого расстройства личности (РЛ) и пограничного расстройства личности (ПРЛ) является склонность быть включенным в напряженные (неустойчивые) отношения, что может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией суицидальных угроз или актов самоповреждения.

А.Б. Смулевич выделяет такую диагностическую единицу, как мазохистическое (самоповреждающее) РЛ, отмечая при этом, что оно редко квалифицируется как самостоятельная категория. Чаще всего РЛ этого круга перекрываются, выступая в качестве акцентуаций характера, другими личностными девиациями [22]. Аутоагрессивное поведение у данных личностей носит скорее манипулятивный характер, а самоповреждения преимущественно поверхностны. Стремление привлечь внимание к самоповреждениям в надежде избежать грозящие катастрофы и конфликты, восприятие себя как отвергнутого и покинутого (при свершившихся разрывах семейных, любовных отношений) выступают основными мотивами подобного поведения. В качестве психологических характеристик мазохистического РЛ называют сенситивность и обостренную чувствительность даже к незначительным знакам нелюбви и разочарования со стороны окружающих [22].

Т.Ю. Ласовская, изучая аутоагрессивное поведение у лиц с ПРЛ, отметила, что в основе самоповреждающего поведения могут лежать различные мотивы. На первом месте, согласно ее данным, находится мотив нанесения физической боли, чтобы справиться с психической болью и с сильными эмоциями [14]. Н.А. Польская отмечает, что основные мотивы нанесения самоповреждений носят эмоционально-регулятивный характер и связаны с функциями контроля эмоций [20]. Автор рассматривает два типа контроля при самоповреждении:

- 1) контроль над собственным состоянием (избавление от напряжения/восстановление контроля над эмоциями);
- 2) контроль над внешними событиями (воздействие на других или поиск нового опыта) [20].

В исследовании А.Б. Холмогоровой с соавторами было показано, что суицидальное поведение характеризуется такими дезадаптивными копинг-стратегиями, как «психическое избегание» и «вентиляция эмоций» (эмоциональная разрядка) [24]. Было отмечено, что большин-



ство студентов с актуальной суицидальной направленностью имели суицидальные инциденты в прошлом, а у студентов, склонных к хроническому суицидальному поведению, был выявлен повышенный уровень социальной тревожности [24]. В.Ф. Войцех полагает, что при первичных суицидальных попытках преобладает такая форма суицидального поведения, как «протест» или «протест-призыв», в то время как при повторных суицидальных попытках отмечено появление истинных намерений покончить с собой с преобладанием такой формы суицидального поведения, как «самонаказание» или «отказ» — признание своего поражения и нежелание продолжать борьбу [4]. При каждом повторном суициде риск летального исхода увеличивается, так как от попытки к попытке нарастает тяжесть нанесенных увечий. У лиц, совершивших одну суицидальную попытку, высок риск ее повторения в будущем [10].

У пациентов с хроническим суицидальным поведением и с ПРЛ на первом месте стоят такие причины, как травматические события, связанные с трудностями взаимодействия с партнером, родственниками. Под данными травматическими событиями подразумеваются: развод, измена партнера, ссора, разрыв значимых отношений с близкими людьми [5]. Еще одной причиной совершения суицидальных попыток является наличие гемоконтактных инфекций. Суицидальные мысли и действия довольно часто сопутствуют ВИЧ-инфекции и являются важным феноменом в жизни ВИЧ-инфицированного пациента, имеющим место в любой период течения заболевания, вне зависимости от его прогрессирования [7].

Таким образом, данный обзор подтверждает высокую социальную значимость изучения суицидального поведения в целях его профилактики, что предполагает обязательный учет макросоциальных факторов: социально-экономических, культурно-исторических и этнических особенностей страны или ее региона; детальное исследование индивидуальных, семейных, социальных и психологических аспектов суицидогенеза, на основе чего возможен всесторонний подход к пониманию условий, влияющих на формирование суицидального поведения [24]. Высокая распространенность аутодеструктивных актов в клинической выборке у пациентов с расстройствами личности, коморбидными расстройствами и расстройствами смешанного генеза обуславливает необходимость выявления и оценки суицидальной (и более широко, аутодеструктивной) специфики через анализ клинико-феноменологических и социально-психологических данных.

В статье изложены результаты ретроспективного анализа 192 историй болезни пациентов с суицидальными попытками, госпитализированных в соматопсихиатрическое отделение для хирургических больных НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского в период 2012—2014 годов.

## Результаты и обсуждение

По результатам анализа 192 историй болезни пациентов с суицидальными попытками установлено, что большинство обследованных — мужчины (64%), женщины — 36% от общего числа пациентов в выборке. Распределение по полу, возрастным группам, образованию и семейному положению представлено ниже (табл. 1). Большинство пациентов не имели профессиональной специализации (26%), либо имели средний уровень образования (56%), т. е. 82% от общей выборки не имели высшего образования. Чаще всего пациенты не состояли в браке (54%), либо были разведены (17%), что составляет 71% от общей выборки. Более половины пациентов находились в активном трудоспособном возрасте от 15 до 45 лет (74% от общей выборки).

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

По *виду физической травмы* были выделены следующие группы:

колото-резаные ранения различной локализации (X78);

падения с высоты (X80);

странгуляционная асфиксия (X70);

инородные тела в ЖКТ (X83);

самоутопление (X71);

самоповреждение пламенем (X76);

самоотравление (X61-X69);

огнестрельные ранения (X72-X74).

По *ведущему психопатологическому расстройству* были выделены следующие группы:

1) аффективные расстройства (F32-F43);

2) расстройства личности (F60);

3) шизофрения и другие острые психозы (F20-F23);

4) органические заболевания ЦНС (F06);

5) зависимость от ПАВ (F10-F19).

Неоднократные аутодеструктивные действия были разделены на первичную и повторные суицидальные попытки с целью выявления возможных специфических различий или сходства между ними и определения зависимости первичных и повторных суицидальных попыток от психопатологических расстройств и гемоконтактных инфекций.

В табл. 2 и 3 представлено распределение суицидальных способов по группам психопатологических расстройств в зависимости от первичной или повторной суицидальной попытки.

При распределении пациентов в зависимости от гемоконтактных инфекций установлено, что у большинства (65%) обнаруживаются антитела к ге-

Таблица 1  
 Возрастные, гендерные и социальные характеристики суицидентов

Пол	Возрастная группа	Образование			Семейное положение				Всего респондентов
		Среднее	Среднее-специальное	Высшее	Холост/ не замужем	Женат/ замужем	В разводе	Всего респондентов	
Мужчины	15—25 лет	7 (27%)	19 (73%)	-	25 (96%)	-	1 (4%)	26 (14%)	
	26—35 лет	14 (35%)	22 (55%)	4 (10%)	27 (67%)	8 (20%)	5 (13%)	40 (21%)	
	36—45 лет	9 (29%)	17 (55%)	5 (16%)	17 (55%)	9 (29%)	5 (16%)	31 (16%)	
	46—55 лет	-	12 (75%)	4 (25%)	1 (6%)	10 (62%)	5 (32%)	16 (8%)	
	56—65 лет	2 (26%)	3 (37%)	3 (37%)	2 (26%)	3 (37%)	3 (37%)	8 (4%)	
	Свыше 65 лет	-	1 (50%)	1 (50%)	-	1 (50%)	1 (50%)	2 (1%)	
Женщины	15—25 лет	9 (69%)	1 (8%)	3 (23%)	10 (77%)	3 (23%)	-	13 (7%)	
	26—35 лет	8 (38%)	11 (52%)	2 (10%)	12 (57%)	3 (14%)	6 (29%)	21 (11%)	
	36—45 лет	2 (17%)	8 (66%)	2 (17%)	2 (17%)	6 (50%)	4 (33%)	12 (6%)	
	46—55 лет	-	9 (75%)	3 (25%)	5 (42%)	3 (25%)	5 (42%)	12 (6%)	
	56—65 лет	-	1 (33%)	2 (67%)	-	3 (100%)	-	3 (2%)	
	Свыше 65 лет	1 (13%)	2 (25%)	5 (62%)	2 (25%)	6 (75%)	-	8 (4%)	

Таблица 2

Способы суицида и психопатологические расстройства у пациентов  
 с повторными суицидальными попытками

Диагноз	Способ суицида										
	X78	X78	X78	X72-X74	X80	X70	X83	X71	X76	X61-X69	Всего
F32-F43	17 (34%)	<b>25 (27%)</b>		-	6 (25%)	6 (60%)	-	-	-	1 (50%)	<b>55 (29%)</b>
F20-F23	6 (12%)	17 (18%)	1 (50%)	9 (38%)	2 (20%)	2 (33%)	2 (67%)	2 (100%)		-	<b>41 (21%)</b>
F60	<b>21 (42%)</b>	<b>21 (23%)</b>	1 (50%)	5 (21%)	1 (10%)	2 (33%)	1 (33%)	-	-	-	<b>52 (27%)</b>
F06	2 (4%)	18 (19%)	-	2 (8%)	-	-	-	-	-	1 (50%)	<b>23 (12%)</b>
F10-F19	4 (8%)	12 (13%)	-	2 (8%)	1 (10%)	2 (33%)	-	-	-	-	<b>21 (11%)</b>
Итого	<b>50 (26%)</b>	<b>93 (48%)</b>	<b>2 (10%)</b>	<b>24 (13%)</b>	<b>10 (5%)</b>	<b>6 (3%)</b>	<b>3 (2%)</b>	<b>2 (1%)</b>	<b>2 (1%)</b>	<b>2 (1%)</b>	<b>192 (100%)</b>

Таблица 3

Способы суицида и психопатологические расстройства у пациентов  
 с первичной суицидальной попыткой

Диагноз	Способ суицида										
	X78	X78	X78	X72-X74	X80	X70	X83	X71	X76	X61-X69	Всего
F32-F43	35 (27%)	2 (11%)		-		6 (55%)	1 (25%)	-	-	9 (39%)	<b>53 (28%)</b>
F20-F23	25 (20%)	6 (33%)	1 (50%)	3 (75%)	2 (18%)	2 (50%)	-	-	1 (100%)	4 (17%)	<b>44 (23%)</b>
F60	<b>36 (28%)</b>	<b>6 (33%)</b>	-	-	-	1 (9%)	1 (25%)	1 (100%)	-	4 (17%)	<b>49 (26%)</b>
F06	12 (9%)	4 (22%)	1 (50%)	-	1 (9%)	-	-	-	-	6 (26%)	<b>24 (13%)</b>
F10-F19	20 (16%)	-	-	1 (25%)	1 (9%)	-	-	-	-	-	<b>22 (11%)</b>
Итого	<b>128 (67%)</b>	<b>18 (9%)</b>	<b>2 (1%)</b>	<b>4 (2%)</b>	<b>11 (6%)</b>	<b>4 (2%)</b>	<b>1 (0,5%)</b>	<b>1 (0,5%)</b>	<b>1 (0,5%)</b>	<b>23 (12%)</b>	<b>192 (100%)</b>

патиту С (табл. 4). Данным заболеванием чаще всего страдают лица с таким диагнозом, как расстройство личности (36%). На втором месте стоят лица, страдающие аффективными расстройствами (22%), на третьем — пациенты с органическими заболеваниями центральной нервной системы (14%).

Таблица 4

**Гемоконтактные инфекции при психопатологических состояниях**

Психиатрический диагноз	Гемоконтактная инфекция				
	Гепатит С	Гепатит В	ВИЧ	Сифилис	Всего
F32-F43	13 (22 %)	1 (17%)	3 (23%)	4 (31%)	21 (23%)
F20-F23	10 (17%)	2 (33%)	5 (38%)	-	17 (19%)
F60	21 (36 %)	-	1 (8%)	4 (31%)	26 (29%)
F06	8 (14%)	2 (33%)	2 (15%)	4 (31%)	16 (18%)
F10-F19	7 (12%)	1 (17%)	2 (15%)	1 (8%)	11 (11%)
Итого	59 (65%)	6 (7%)	13 (14%)	13 (14%)	91

При оценке причин совершения суицидальных попыток на основании анализа записей в историях болезни результатов клинической беседы с пациентами и их родственниками установлено, что наиболее значимыми являются такие причины, как «зависимость от психоактивных веществ» (23%), «несчастливая любовь» (23%) и «семейный конфликт» (20%), как при первичных, так и при повторных суицидальных попытках (табл. 5).

Таблица 5

**Распределение пациентов в зависимости от причины совершения суицидальных попыток**

Причины	Кратность попытки		
	1	≥2	Всего
Заболевание	8 (38%)	13 (62%)	21 (5%)
Зависимость от ПАВ	40 (44%)	50 (56%)	90 (23%)
Галлюцинаторно-бредовые идеи	26 (47%)	29 (53%)	55 (14%)
Семейный конфликт	36 (47%)	41 (53%)	77 (20%)
«Несчастливая любовь»	46 (57%)	41 (43%)	87 (23%)
Рабочие/учебные конфликты	10 (59%)	7 (41%)	17 (4%)
Потеря близких	11 (79%)	3 (21%)	14 (4%)
Прочее (избежать службы в армии, «на спор», в СИЗО)	13 (57%)	10 (43%)	23 (6%)

Стоит отметить, что зависимость от ПАВ играет важную роль в суицидальном поведении. Частота самоубийств у лиц с алкогольной зависимостью в 80 раз выше, чем среди населения в целом. А.В. Немцов в своем эпидемиологическом исследовании показал, что до начала антиалкогольной кампании 60% самоубийств были алкогольно-позитивными, в дальнейшем, с началом этой кампании количество суицидов снизилось на 35% [приведено по: 3]. В качестве основных механизмов, усиливающих риск суицидального поведения у лиц, употребляющих спиртные напитки, выделяются увеличение уровня дистресса, повышение агрессивного и аутоагрессивного поведения. При злоупотреблении наркотическими веществами аутоагрессивные действия чаще всего возникают в связи с личностными изменениями (психопатизацией) и развитием аффективных расстройств.

Помимо «зависимости от психоактивных веществ» при первичных суицидальных попытках в качестве значимых отмечались такие причины, как «несчастливая любовь» и «семейные конфликты». «Галлюцинаторно-бредовые идеи», «потеря значимых близких» и «рабочие/учебные конфликты» в качестве причин суицидальных попыток выделялись пациентами реже.

При повторных суицидальных попытках в большей степени указывались причины, связанные с зависимостью от психоактивных веществ, заболеваниями, семейными конфликтами и галлюцинаторно-бредовыми идеями; реже указывались «несчастливая любовь», «потеря близких» и «рабочие/учебные конфликты».

Высокая распространенность суицидального и самоповреждающего поведения среди пациентов с аффективными и личностными расстройствами подтверждается результатами нашего анализа: у 56% диагностированы данные расстройства (табл. 3). Это подтверждает и отмечаемый многими специалистами факт нарушений эмоциональной саморегуляции, характеризующийся, прежде всего, непереносимостью негативного аффекта, неспособностью вынести душевную боль [4; 5; 8; 12; 16; 20; 21; 26 и др.]. Около двух третей пациентов с диагнозом личностного и смешанного, коморбидного тревожного, депрессивного расстройства сообщают о суицидальных попытках в прошлом [8]. Стоит отметить, что повторные суицидальные угрозы, самоповреждающее поведение являются одним из диагностических критериев пограничного расстройства личности в DSM-III-R, а в МКБ-10 признаками расстройства личности являются саморазрушающее поведение и неспособность контролировать взрывное поведение.

По данным И.А. Кудрявцева, при каждом повторном суициде риск летального исхода увеличивается, так как от попытки к попытке нарастает тяжесть нанесенных увечий [10; 11]. У пациентов с повторными суицидальными попытками, имеющих диагноз ЛР, самоповреждение но-

сит эмоционально-регулятивный характер. У них не нарастает тяжесть наносимых увечий при повторных самоповреждениях, что отличает их от пациентов, совершивших повторные суицидальные попытки и имеющих другие психические расстройства (табл. 2 и 3). Повторные самоповреждения у пациентов с расстройством личности могут быть объяснены преморбидными особенностями (импульсивность, нестабильность, неадекватная злоба, непереносимость одиночества [15]). В определенной степени это влияет на характер самоповреждающего поведения как способ справиться с сильными отрицательными эмоциями: причинение физической боли, чтобы справиться с психической болью, с сильными эмоциями, за которыми стоит желание успокоиться. Проведенный анализ подтверждает, что повторные суицидальные попытки у пациентов с пограничным расстройством личности следует рассматривать в большей мере как самоповреждения не суицидального, а эмоционального-регулятивного характера, призванные преодолеть непереносимость душевного страдания.

Другим немаловажным фактором является то, что более половины пациентов с повторными суицидальными попытками являются носителями гемоконтактных инфекций, преимущественно гепатита С (табл. 4). Далее следуют такие заболевания, как ВИЧ и сифилис. Свойственная пациентам с пограничным расстройством личности аффективная нестабильность, импульсивность в интерперсональных отношениях, выраженный страх одиночества и склонность к промискуитету в сексуальных контактах [9] объясняют высокий риск тяжелых гемоконтактных инфекций.

Особенности семейного положения изученной группы пациентов характеризуют их как людей одиноких, не состоявших в браке или разведенных (табл. 1). Это соотносится с высоким уровнем гемоконтактных инфекций, нестабильностью межличностных отношений и промискуитетом пациентов с повторными самоповреждениями. Несмотря на активный трудоспособный возраст основной группы пациентов (от 15 до 45 лет) у большинства из них средний уровень образования и нет профессиональной специализации (табл. 1).

### Примеры из историй болезни

*Пациент X*, 35 лет, диагноз: *смешанное расстройство личности*. Гемоконтактные инфекции: гепатит В, гепатит С. Выписка из истории болезни: со слов больного, проживает в квартире вместе с матерью и гражданской женой. В настоящее время не работает. Не отрицает, что в течении трех лет систематически употребляет наркотики (метадон, героин внутривенно). Ранее неоднократно наносил себе самоповреждения острыми предметами: как объяснил сам пациент, «по

дурости, по молодости». Самоповреждение, послужившее причиной госпитализации, нанес из-за конфликта с гражданской женой: «Вышел из себя, психанул, чувствовал себя никому не нужным».

*Пациентка А.*, 34 года, диагноз: *депрессивный эпизод легкой степени тяжести у личности с психопатоподобными изменениями*. Гемоконтактные инфекции: гепатит С. Выписка из истории болезни: со слов пациентки, проживает с мужем. От первого брака — сын, который живет с отцом. В настоящее время не работает. Эпизодически употребляет алкоголь. Не скрывает, что ранее наносила себе самопорезы, причину называет: «Частые конфликты в семье». Настоящее самоповреждение нанесла себе после ссоры с мужем.

*Пациентка Т.*, 27 лет, диагноз: *эмоционально-неустойчивое расстройство личности с аутодеструктивными тенденциями поведения, осложненное опиатной зависимостью и пагубным употреблением алкоголя*. Гемоконтактные инфекции: гепатит С. Выписка из истории болезни: со слов пациентки, проживает с гражданским мужем и его матерью. Родители давно в разводе, с отцом отношения практически не поддерживает, мать умерла несколько лет назад. Имеет среднее школьное образование. Постоянно нигде не работает, так как «нет подходящей работы». Более 10 лет употребляет наркотики (героин внутривенно). Не отрицает, что в подростковом возрасте наносила себе самопорезы: «Резала вены на спор», при этом улыбается, «весело было тогда». Настоящее самоповреждение нанесла в связи со ссорой с гражданским мужем, выпрыгнула с пятого этажа, потому что «хотела его проучить и вообще все надоело».

Стоит отметить, что при первичных суицидальных попытках чаще всего определяются такие социально-психологические детерминанты, как конфликты во взаимоотношениях полов, разрыв отношений со значимыми близкими, потеря значимых близких, конфликты во взаимоотношениях с коллегами, друзьями, сложности в профессиональной деятельности.

Например, *пациент К.*, 28 лет, диагноз: *эмоционально-неустойчивое расстройство личности, со стойкими аутодеструктивными тенденциями поведения, осложненное пагубным употреблением алкоголя; декомпенсация*. Гемоконтактные инфекции: нет. Со слов больного, проживает в Москве, в квартире вместе с женой. Подрабатывает сапожником. Употребление наркотиков отрицает. Не отрицает того, что периодически «для расслабления» употребляет алкоголь. Сообщил, что «в подростковом возрасте резал вены из-за несчастной любви (при осмотре на обоих предплечьях больного многочисленные, старые рубцы от самопорезов). При данном осмотре больной сообщил, что вечером находился в состоянии сильного алкогольного опьянения на почве конфликта с женой. Со слов пациента: «она решила от меня уйти». В связи с этим он в очередной раз нанес себе множественные порезы в области живота, поскольку «снова вышел из себя не мог больше сдерживаться, она меня “достала”, довела до такого состояния, хотел ее проучить».



Эти данные подтверждаются исследованиями Кудрявцева И.А. и Декало Е.Э., выявившими, что основными мотивами совершения аутоагрессивных действий является потеря значимых близких, нетрудоустроенность и одиночество [11]. Как следствие всех вышеперечисленных детерминант при повторных суицидальных попытках выявляется целый ряд факторов, усиливающих риск повторных самоповреждений: сниженный фон настроения, сниженная социальная адаптация, психические и физиологические заболевания, злоупотребление психоактивными веществами, частые конфликты в семье.

Сравнивая причины и психопатологическую симптоматику при первичных и повторных суицидальных попытках, можно сказать об усугублении психопатологического состояния у пациентов. Такие причины, как «несчастливая любовь», «семейные конфликты», «зависимость от ПАВ», выделялись как наиболее значимые, как при первичных, так и при повторных самоповреждениях. Однако при повторных самоповреждениях возрастает частота таких причин, как «заболевание», «зависимость от ПАВ», «семейные конфликты». Негативное соматическое и психическое состояние при повторных попытках начинает играть основную роль, усугубляя межличностные проблемы.

Таким образом, после первичных аутодеструктивных действий, стрессов, кризисных ситуаций психическое состояние ухудшается и возникают психопатологические симптомы, что приводит к повторным и многократным самоповреждениям. Качественный анализ материалов историй болезни показывает, что пациенты испытывают сложности в профессиональной области и межличностных отношениях. Именно эти трудности социально-психологического характера чаще всего выступают факторами манифестации психопатологической симптоматики и совершения первичного самоповреждения. Социально-психологическими факторами повторных суицидальных попыток являются, в первую очередь, усиление тяжести психического состояния и прогрессирующая социальная дезадаптация больных после совершения первичных аутоагрессивных действий: нарастает зависимость от ПАВ, возрастает частота семейных конфликтов, прогрессируют соматические и психические заболевания.

На основе полученных результатов можно сделать вывод о необходимости комплексной психотерапевтической, психиатрической и социальной работы с людьми, страдающими расстройствами личности и находящимися в кризисных ситуациях, разработки и внедрения профилактических программ по преодолению суицидального поведения.

В настоящее время наиболее распространенной научно обоснованной моделью такой помощи является метод диалектической бихевиоральной терапии, разработанный американской исследовательницей хроническо-

го суицидального поведения Маршей Линехан (М. Linehan). В большинстве западных стран на основе указанного метода созданы центры помощи людям, страдающим ПРЛ. Методы диалектической поведенческой терапии рассчитаны на длительное сопровождение пациентов: вначале в рамках стационара, а затем в амбулаторном формате [12]. Они направлены на снижение острых реакций на стресс, уменьшение риска аутоагрессивного поведения, расширение репертуара совладающих стратегий и изменение взгляда пациента с ПРЛ на ситуацию, которая кажется ему невыносимой и безвыходной. Данный вид терапии был создан специально для лиц с хроническим суицидальным поведением, однако он оказался эффективным для широкого контингента лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Среди центров поддержки лиц с ПРЛ стоит упомянуть жилой центр лечения (residential treatment center «Timberline Knolls»). В нем помимо службы горячей линии (телефона доверия) специалистами оказывается очная помощь людям с ПРЛ, депрессией и другими психическими заболеваниями, при этом проводится комплексная терапия, основанная на био-психо-социально-духовной парадигме.

Таким образом, на основе проведенного анализа историй болезни пациентов с суицидальными попытками выявлен ряд клинических и социально-психологических характеристик, которые можно рассматривать в качестве факторов суицидального поведения у данного контингента: психические расстройства, сниженный фон настроения, агрессивность, импульсивность, соматические и психические заболевания, социальная дезадаптация, злоупотребление психоактивными веществами, нарушения межличностных отношений. Перечисленные особенности, как правило, характерны для личностной патологии. При отсутствии социально-психологической поддержки они приводят к повторным (часто многократным) аутодеструктивным действиям. Поэтому необходимо создание специальных центров-служб (по модели диалектической бихевиоральной терапии, доказавшей свою эффективность в ряде стран) для оказания психологической помощи лицам с хроническим суицидальным поведением.

## **Выводы**

**Клинические характеристики лиц, совершивших повторные/неоднократные суицидальные попытки, в наибольшей степени относятся к аффективным расстройствам и расстройствам личности. Преимущественные самоповреждения — колото-резаные ранения различной локализации. Коморбидные заболевания связаны с алкогольной и наркотической аддикцией и гемоконтактными инфекциями.**

**Социально-психологические характеристики лиц**, совершивших повторные/неоднократные суицидальные попытки включают невысокий уровень образования, трудоспособный возраст до 45 лет и одинокое проживание.

**Факторы первичных и вторичных попыток суицида** включают сложности в профессиональной области и межличностных отношениях, частые разрывы и потерю значимых отношений. Именно эти трудности социально-психологического характера чаще всего выступают факторами манифестации или обострения психопатологической симптоматики и совершения первичного самоповреждения. Факторами повторных суицидальных попыток являются в первую очередь усиление тяжести психического состояния и прогрессирующая социальная дезадаптация пациентов: нарастает зависимость от психоактивных веществ, увеличивается частота семейных и межличностных конфликтов, прогрессируют соматические и психические заболевания.

**Необходимость создания специальной службы помощи для лиц**, совершивших суицидальную попытку, а также повторные/неоднократные самоповреждения диктуется задачами профилактики суицидального поведения. Для реабилитации пациентов и предотвращения повторных попыток необходима продолжительная комплексная психотерапевтическая, психиатрическая и социальная работа с людьми, страдающими личностными расстройствами и находящимися в кризисных ситуациях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии. М.: Б. и., 1978. С. 44—59.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные проблемы суицидологии. М.: Б. и., 1978. С. 6—28.
3. Бисалиев Р.В., Вешнева С.А. Суицидальное поведение у аддиктов и их родственников. Астрахань: АГТУ, 2013. 10 с.
4. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2008. 280 с.
5. Горчакова В.А., Холмогорова А.Б., Палин А.В., Арбузова Л.А. Травматический стресс у пациентов с хроническим суицидальным поведением и чертами пограничного личностного расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 119—139.
6. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М.: Когито-Центр, 2001. С. 270—352.
7. Жабенко Н.Ю. Суицидальное поведение и ВИЧ-инфекция // Клінічні дослідження. 2011. № 4. С. 45—47.
8. Каргин А.М., Войцех В.Ф., Холмогорова А.Б. Личностные факторы суицидального поведения у пациентов кризисного стационара, совершивших суицид-

- дальние попытки // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19. № 4. С. 15—20.
9. *Коница М.А., Холмогорова А.Б., Сорокова М.Г.* Феномен неограниченного сексуального поведения в современном обществе: патологические тенденции культуры или патология личности? // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 88—118.
  10. *Кудрявцев И.А.* Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. М.: Изд-во МГУ, 1999. 414 с.
  11. *Кудрявцев И.А., Декало Е.Э.* Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. 2012. № 2. С. 3—10.
  12. *Лайнен М.* Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: пер. с англ. М.: Изд-во «Вильямс», 2007. 50 с.
  13. *Лапицкий М.А., Ваулин С.В., Войцех В.Ф., Яковлева С.В.* Суицидальные отравления. Эпидемиологические и клиничко-токсикологические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 1. С. 28—33.
  14. *Ласовская Т.Ю.* Самоповреждающее поведение при пограничном личностном расстройстве // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 38—47.
  15. *Ласый Е.В., Давидовский С.В., Хвостова И.И.* Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения. Минск: Белорусская медицинская академия последипломного образования, 2009. 34 с.
  16. *Меннингер К.* Война с самим собой: пер. с англ. М.: Экспо-пресс, 2000. 480 с.
  17. *Насилие и его влияние на здоровье. Доклад ВОЗ о ситуации в мире / Под ред. Э.Г. Круга и др.: пер. с англ. М.: Изд-во «Весь мир», 2003. 376 с.*
  18. *Павлова Т.С.* Диагностика риска суицидального поведения детей и подростков в образовательных учреждениях // Современная зарубежная психология. 2013. № 2. С. 79—89.
  19. *Положий Б.С.* Суицидальное поведение (клиничко-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: Изд-во ФГУ ГНЦ ССП имени Сербского, 2010. 232 с.
  20. *Польская Н.А.* Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 140—152.
  21. *Польская Н.А., Власова Н.В.* Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 4. С. 176—190. doi:10.17759/cpp.2015230411
  22. *Смулевич А.Б.* Психопатология личности и коморбидных расстройств: учебник. М.: Медпресс-информ, 2009. 140 с.
  23. *Старшенбаум Г.В.* Суицидология и кризисная психотерапия: учебник. М.: Когито-центр, 2005. 376 с.
  24. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Горшкова Д.А., Мельник А.М.* Суицидальное поведение в студенческой популяции // Культурно-историческая психология психология. 2009. № 3. С. 101—110.
  25. *Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Бадалян А.В., Саркисов С.А.* Адаптация методик исследования отношения к смерти у людей в остром постсуициде и

в относительном психологическом благополучии // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. № 2. С. 35—42.

26. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. 315 с.
27. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process / Suicide, An unnecessary death. London: Martin Dunitz Publishers, Taylor & Francis Group, 2001. P. 13—27.

## CLINICAL AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SUICIDAL ATTEMPTS

M.I. CHERNAIA\*,  
Scientific Research Institute of Emergency Care named after N.V. Sklifosovskiy, Moscow, Russia, chernaya\_masha@mail.ru

A.B. Kholmogorova\*\*,  
Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, kholmogorova@yandex.ru

O.V. ZUBAREVA\*\*\*,  
Scientific Research Institute of Emergency Care named after N.V. Sklifosovskiy, Moscow, Russia, Olgazubareva@yandex.ru

### For citation:

Chernaia M.I., Kholmogorova A.B., Zubareva O.V., Zhuravleva T.V. Clinical and Socio-Psychological Characteristics of Patients With Suicidal Attempts. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 69—88. doi: 10.17759/cpp.20162403005. (In Russ., abstr. in Engl.)

\* *Chernaia Maria Igorevna*, Junior research scientist, Scientific Research Institute of Emergency Care named after N.V. Sklifosovskiy, Moscow, Russia, e-mail: chernaya\_masha@mail.ru

\*\* *Kholmogorova Alla Borisovna*, PhD in Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Head of the Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, acting dean of the Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: kholmogorova@yandex.ru

\*\*\* *Zubareva Olga Viktorovna*, Candidate of Medical Sciences, Scientific Research Institute of Emergency Care named after N.V. Sklifosovskiy, Moscow, Russia, e-mail: olgazubareva@yandex.ru

T.V. ZHURAVLEVA\*\*\*\*,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
tita1993@mail.ru

The article presents a retrospective analysis of medical records of 192 patients with suicide attempts who were treated in somatopsychology department for surgical patients in Scientific Research Institute of Emergency Care named after N.V. Sklifosovsky. The sample consisted of 64% men and 36% women. Most patients didn't have higher education (82%), were not married (71%), and were in active working age from 15 to 45 years old (74%). The analysis of the medical records revealed that most patients were diagnosed with affective and personality disorder (56%), suffered from addiction and consumed alcohol and drugs regularly (11%), gave themselves stab and incision wounds of different localization (74%), a lot of them had hepatitis C virus (65%). Exasperation of severity of their mental state and growth of psychological and social maladjustment of patients after the initial auto-aggressive action often act as the factors of repetitive and multiple suicide attempts. We conclude that it is necessary to create special centers for the rehabilitation of patients who committed a suicide attempt and for the prevention of repeated auto-aggressive actions based on the model of centers of dialectical behavioral therapy, which provide specialized care for patients with chronic suicidal behavior.

**Keywords:** suicidal behavior, socio-psychological factors, suicide attempt, prevention.

## REFERENCES

1. Ambrumova A.G. Individual'no-psikhologicheskie aspekty cuitsidal'nogo povedeniya [Individual-psychological aspects of suicidal behavior]. Aktual'nye problemy suitsidologii [Actual problems of suicidology]. Moscow: B. i., 1978, pp. 44—59.
2. Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Suitsid kak fenomen sotsial'no-psikhologicheskoi dezadaptatsii lichnosti [Suicide as a phenomenon of socio-psychological maladjustment of personality]. Aktual'nye problemy suitsidologii [Actual problems of suicidology]. Moscow: B. i., 1978, pp. 6—28.
3. Bisaliev R.V., Veshneva S.A. Suitsidal'noe povedenie u addiktov i ikh rodstvennikov [Suicidal behavior in addicts and their relatives]. Astrakhan: Publ. AGTU, 2013. 10 p.
4. Voitsekh V.F. Klinicheskaya suitsidologiya [Clinical suicidology]. Moscow: Publ. Miklosh, 2008. 280 p.
5. Gorchakova V.A., Arbusova L.A., Palin A.V., Kholmogorova A.B. Travmaticheskii stress u patsientov s khronicheskim suitsidal'nym povedeniem i chertami pogrannichnogo lichnostnogo rasstroistva [Traumatic stress in patients with chronic suicidal behavior and characteristics of borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikh-*

\*\*\*\* Zhuravleva Tatiana Vladimirovna, Master's student, Department of Clinical and Forensic Psychology, Faculty of Legal and Forensic Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: tita1993@mail.ru

- hologiya i psikhoterapiya* [Counseling psychology and psychotherapy], 2014. Vol. 22, no. 2, pp. 119—139. (In Russ., Abstr. in Engl.).
6. Grollman E. Suitsid: preventsiya, interventsiya, postventsiya [Suicide: prevention, intervention, postvention]. In *Suitsidologiya: Proshloe i nastoyashchee: Problema samoubiistva v trudakh filosofov, sotsiologov, psikhoterapevtov i v khudozhestvennykh tekstakh* [Suicidology: Past and present: The problem of suicide in the works of philosophers, sociologists, psychotherapists and in fiction]. Moscow: Publ. Kogito-Tsentr, 2001. 232 p.
  7. Zhabenko N.Yu. Suitsidal'noe povedenie i VICH-infektsiya [Suicidal behaviour and HIV]. *Klinichni doslidzhennya* [Clinical advancements], 2011, no. 4, pp. 45—47.
  8. Kargin A.M., Voitsekh V.F., Kholmogorova A.B. Lichnostnye faktory suitsidal'nogo povedeniya u patsientov krizisnogo statsionara, sovershivshikh suitsidal'nye popytki [Personal factors of suicidal behavior in patients of the crisis inpatient facility with suicidal attempts]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya* [Social and clinical psychiatry], 2009. Vol. 19, no. 4, pp. 15-20. (In Russ., Abstr. in Engl.).
  9. Konina M.A., Kholmogorova A.B., Sorokova M.G. Fenomen neogranichennogo seksual'nogo povedeniya v sovremennom obshchestve: patologicheskie tendentsii kul'tury ili patologiya lichnosti? [The phenomenon of unrestricted sexual behavior in modern society: pathological culture tendency or personality pathology?]. *Konsul'tativnaia psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014. no. 2, pp. 88—118. (In Russ., abstr. in Engl.)
  10. Kudryavtsev I.A. Kompleksnaya sudebnaya psikhologo-psikhiiatricheskaya ekspertiza [Comprehensive forensic psychological and psychiatric examination]. Moscow: Publ. MGU, 1999. 414 p.
  11. Kudryavtsev I.A., Dekalo E.E. Psikhologicheskie faktory i mekhanizmy suitsidogeneza kak kriterii suitsidal'nogo riska i napravlennoi profilaktiki [Psychological factors and mechanisms of suicide genesis as criteria of suicide risk and targeted prevention]. *Suitsidologiya* [Suicidology], 2012, no. 2, pp. 3—10. (In Russ., Abstr. in Engl.).
  12. Linehan M. Kognitivno-povedencheskaya terapiya pogranichnogo rasstroistva lichnosti [Cognitive-behavioral therapy of borderline personality disorder]. Moscow: Publ. Vil'yams, 2007. 50 p. (In Russ.)
  13. Lapitskii M.A., Vaulin C.B., Voitsekh V.F., Yakovleva C.B. Suitsidal'nye otravleniya. Epidemiologicheskie i kliniko-toksilogicheskie aspekty [Suicidal poisoning. Epidemiological and clinical-toxicological aspects]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya* [Social and clinical psychiatry], 2004, no. 1, pp. 28—33.
  14. Lasovskaya T.Yu. Samopovrezhdayushchee povedenie pri pogranichnom lichnostnom rasstroistve [Self-injurious behavior in borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014, no. 2, pp. 38—47. (In Russ., abstr. in Engl.)
  15. Lasyi E.V., Davidovskii S.V., Khvostova I.I. Otsenka suitsidal'nogo riska i profilaktika suitsidal'nogo povedeniya [Assessment of suicidal risk and prevention of suicidal behavior]. Minsk: Publ. Belorusskaya meditsinskaya akademiya poslediplomnogo obrazovaniya, 2009. 34 p.
  16. Menninger K. Voina s samim soboi [Man Against Himself]. Moscow: Publ. Ekspress, 2000. 480 p. (In Russ.)

17. Nasilie i ego vliyanie na zdorov'e. Doklad VOZ o situatsii v mire: per. s angl. [World report on violence and health]. In E.G. Krug et al. (eds). M.: Publ. «Ves' mir», 2003. 376 p. (In Russ.)
18. Pavlova T.S. Diagnostika riska suitsidal'nogo povedeniya detei i podrostkov v obrazovatel'nykh uchrezhdeniyakh [Assessment of risk of suicidal behavior in children and adolescents in educational establishments]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya* [Modern foreign psychology], 2013, no. 2, pp. 79–89. (In Russ., Abstr. in Engl.).
19. Polozhii B.S. Suitsidal'noe povedenie (kliniko-epidemiologicheskie i etno-kul'tural'nye aspekty) [Suicidal behavior (clinical, epidemiological and ethno-cultural aspects)]. Moscow: Publ. FGU GNTs SSP im. Serbskogo, 2010. 232 p.
20. Polskaya N.A. Prichiny samopovrezhdeniya v yunosheskom vozraste (na osnove shkaly samootcheta) [The reasons of self-injurious behavior in youth (based on a self-report scale)]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling psychology and psychotherapy], 2014, no. 2, pp. 140. (In Russ., Abstr. in Engl.).
21. Polskaya N.A., Vlasova N.V. Autodestruktivnoe povedenie v podrostkovom i yunosheskom vozraste [Self-destructive behavior in adolescence and youth]. *Konsul'tivnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2015. Vol. 23, no. 4, pp. 176–190. doi:10.17759/cpp.2015230411. (In Russ., abstr. in Engl.).
22. Smulevich A.B. Psikhopatologiya lichnosti i komorbidnykh rasstroystv: uchebnik [Psychopathology of personality and comorbid disorders]. Moscow: Publ. Medpress-inform, 2009. 140 p.
23. Starshenbaum G.V. Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya: uchebnik [Suicide-studying and crisis psychotherapy]. Moscow: Publ. Kogito-tsentr, 2005. 376 p.
24. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Gorshkova D.A., Mel'nik A.M. Suitsidal'noe povedenie v studencheskoi populyatsii [Suicidal behavior in a student population]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-historical psychology], 2009, no. 3, pp. 101-110. (In Russ., Abstr. in Engl.).
25. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N., Badalyan A.V., Sarkisov S.A. Adaptatsiya metodik otnosheniya k smerti u lyudei v ostrom postsuitside i v otnositel'nom psikhologicheskom blagopoluchii [Adaptation of the attitude to death and fear of death assessment techniques for the healthy individuals and those in acute post-suicidal condition in a Russian sample]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya* [Social and clinical psychiatry], 2012, no. 2. pp. 35-42. (In Russ., Abstr. in Engl.).
26. Shneidman E. Dusha samoubiitsy [The Suicidal Mind]. Moscow: Publ. Smysl, 2001. 315 p.
27. Wasserman D. A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In *Suicide, An unnecessary death*. London: Martin Dunitz Publishers, Taylor & Francis Group, 2001. P. 13–27.



## АУТОАГРЕССИВНАЯ АЛКОГОЛЬНАЯ ЛИЧНОСТЬ

**Д.И. ШУСТОВ\***,  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия,  
dmitri\_shustov@mail.ru

**О.Д. ТУЧИНА\*\***,  
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва,  
Россия, shtuchina@gmail.com

**И.А. ФЕДОТОВ\*\*\***,  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия,  
ifedotov@psychiatr.ru

**С.А. НОВИКОВ\*\*\*\***,  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия,  
novikovsa@inbox.ru

### Для цитаты:

*Шустов Д.И., Тучина О.Д., Федотов И.А., Новиков С.А. Аутоагрессивная алкогольная личность // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 89—109. doi: 10.17759/cpp.20162403006*

\* *Шустов Дмитрий Иванович*, доктор медицинских наук, профессор, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), Рязань, Россия, dmitri\_shustov@mail.ru

\*\* *Тучина Ольга Дмитриевна*, ассистент кафедры психотерапии и медико-социальной реабилитации в наркологии, ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия, shtuchina@gmail.com

\*\*\* *Федотов Илья Андреевич*, кандидат медицинских наук, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), Рязань, Россия, ifedotov@psychiatr.ru

\*\*\*\* *Новиков Сергей Андреевич*, кандидат медицинских наук, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), Рязань, Россия, novikovsa@inbox.ru

Приведены результаты исследования связи личностной типологии, формируемой под влиянием негативных родительских посланий (предписаний), с различными видами аутоагрессивного поведения у больных алкогольной зависимостью. Исследование проводилось в 2009—2012 гг. в Рязани среди 190 амбулаторных пациентов-мужчин, получавших психотерапевтическую помощь. В качестве гипотезы было выдвинуто предположение, что выбор вида аутоагрессивного поведения связан со структурой личности пациентов с алкогольной зависимостью и зависит от комбинации различных родительских предписаний с предписанием «Не живи». Были описаны родительские предписания, играющие особую роль в формировании «алкогольной» личности. Главную роль играют два предписания: «Не живи», лежащее в основе аутоагрессии, и «Не думай», которое подталкивает к использованию алкоголизации как неадаптивной копинг-стратегии. Остальные предписания, комбинируясь с «Не живи», являются медиаторами в формировании личности и связанных с ней видов аутоагрессии. Для наиболее часто встречающихся типов личности у пациентов с алкогольной зависимостью выявлены статистически значимые корреляции с конкретными типами аутоагрессивного поведения: для пограничной — с суицидальным поведением, для диссоциальной — с аутоагрессией в виде антисоциального поведения, для нарциссической — с профессиональной аутоагрессией.

**Ключевые слова:** психотерапия, алкогольная зависимость, аутоагрессивное поведение, суицид.

Вопреки устоявшемуся в медицине мнению, что алкогольная зависимость (АЗ) — это хроническое неизлечимое психическое расстройство, ряд современных исследований свидетельствуют о разнообразии исходов АЗ. Лишь малое число лиц с клиническими симптомами АЗ обращаются за наркологической помощью [26]. Так, приблизительно 2/3 зависимых от алкоголя лиц самостоятельно избавляются от АЗ, переходя на контролируемое употребление или становясь вторичными абстинентами [15]. Суждения о первичной хронификации АЗ и ее неблагоприятном исходе были сделаны путем наблюдения за контингентом обращающихся за стационарной помощью «тяжелых» пациентов, имеющих разнообразную коморбидную патологию, тогда как на популяционном уровне ситуация оказалась совершенно иной [16].

Эрик Берн, американский психиатр и психотерапевт, создавший теорию и школу Трансакционного Анализа (ТА), еще в середине прошлого века подвергал сомнению медицинский пессимистический взгляд на АЗ, оправдывающий бездействие в терапии «неизлечимого заболевания», и предлагал абстрагироваться от «ярлыков и диагнозов» и заниматься анализом игры «Алкоголик». Берн также считал, что психологические игры представляют собой способ проживания сценария (или бессознательного плана жизни), основанного на детских решениях, принятых, как правило, бессознательно [2].

Развивая идеи Берна, Клод Штайнер описал «алкогольный» сценарий как курабельную альтернативу алкогольной болезни: «Подобно заболеванием, сценарии имеют начало, течение и исход. Из-за этой схожести сценарии часто ошибочно принимают за болезни. Однако, поскольку в основе сценария лежит сознательное волевое решение, а не патологические изменения в организме, его можно отменить, или «аннулировать», аналогичным волевым решением. Таким образом, я убежден, что исцелившийся алкоголик (хотя нередко он и не делает такого выбора) способен вернуться к умеренному употреблению спиртного, а человек, вновь скатившийся к неконтролируемому пьянству после единственной выпитой рюмки, в сущности, просто не смог избавиться от своего сценария» [7, с. 17]. Таким образом, описанные в литературе частые случаи спонтанной ремиссии алкоголизма могут представлять собой не что иное, как случаи изменения алкогольного сценария в виде принятия нового решения о своей судьбе [11].

Почему же одни люди становятся способны избавиться от своего сценария, изменить некую предопределенность своей судьбы, а другие — нет? Если следовать логике современных исследований, которые оценивают соотношение средовых и наследственных факторов в генезе АЗ как 50% на 50%, можно предположить, что те же факторы будут отвечать и за течение ремиссий у зависимых от алкоголя пациентов [17]. В этом смысле выбор алкогольного сценария и его финала будет в большей степени определяться средовыми факторами, формируясь в процессе взаимодействия индивидуума с родительскими и другими значимыми фигурами из своего окружения. Детско-родительская коммуникация, которая становится основой для принятия индивидуумом решений о себе, мире и своей судьбе в нем, часто выглядит как восприятие ребенком родительского опыта, выраженного в виде так называемых родительских посланий. Эти послания могут быть позитивными и стимулировать развитие и переход к автономности, а могут отражать негативный родительский опыт, их собственные страхи, расщепленность, агрессивные и, в том числе, инфантицидные (детоубийственные) импульсы. Инкорпорация в психику негативных и даже патологических, иррациональных родительских посланий, как правило, передаваемых невербальными способами через практикуемые отношения, способы ухода и заботы, становится основой психопатологии. В терминах ТА такие негативные послания называют предписаниями. Выделяют 12 основных негативных («токсических») предписаний, лежащих в основе трагических сценариев жизни, которые заканчиваются смертью, тяжелой травмой, тюрьмой или сумасшествием [3]. Главным «алкогольным» предписанием Клод Штайнер считал предписание «Не думай», при котором употребление алкоголя помогает отстраняться от совладания со стрессовой ситуацией.

В ТА предполагается, что инкорпорируемый набор предписаний определяет личностную адаптацию — или личностную структуру, ко-

торую составляет паттерн устойчивых, выраженных в пределах нормы характерологических черт, которым в крайних их проявлениях соответствуют симптомы личностных расстройств [33]. В русской научной традиции термину «личностная адаптация» соответствует понятие «акцентуация характера» [5]. В целом, можно сказать, что каждому человеку присущ определенный личностный радикал, отражающий тот или иной тип личности и выраженный на континууме от нормы (адаптация, акцентуация характера) до патологии (расстройства личности).

Существует множество исследований и теорий, демонстрирующих роль личности в генезе и течении АЗ. Хотя обоснованность использования термина «алкогольная личность» фактически так и не была установлена эмпирически, им достаточно часто оперируют в клинических кругах, как правило, характеризуя с его помощью пациентов, страдающих коморбидной патологией, а именно АЗ в сочетании с выраженными расстройствами личности (РЛ). В литературе приводятся данные о том, что распространенность коморбидных личностных расстройств у больных АЗ может достигать уровня 58—78% [13]. Таким образом, можно предположить, что набор предписаний определяет формирование личности больных алкоголизмом, течение болезни и возможные варианты ее исхода.

Исход сценария игры «Алкоголик» (в терминах ТА — «расплата») трагичен и, как правило, предполагает несвоевременную и неестественную смерть. В начале XX в. наблюдение, что алкоголики находятся в группе высокого риска суицида или иного самоповреждающего поведения, позволило Карлу Меннингеру назвать это заболевание видом «хронического суицида» [24]. В то же время, есть еще группы людей, которых, как правило, относят к пациентам с высоким суицидальным риском — например, люди с пограничным и антисоциальным РЛ [29]. Кроме того, с определенными типами личности связаны и особенности аутоагрессивного поведения [14; 20; 34].

Например, аутоагрессивное поведение алкоголиков не ограничивается только классическим суицидальным поведением. Так, в наших собственных исследованиях методом клинического анализа и сопоставления семантической значимости анамнестических, психологических и клинических признаков, которые статистически значимо ассоциировались с классическим суицидальным поведением клиентов с АЗ, мы выявили 6 групп, каждая из которых могла характеризовать какой-либо специфический вид алкогольной аутоагрессии [8; 9; 10]. Так, были выделены группы классической суицидальной; семейной; несуицидальной соматической; профессиональной алкогольной аутоагрессии; алкогольной аутоагрессии, связанной с рискованным поведением, и алкогольной аутоагрессии, связанной с антисоциальным поведением. Мы также подробно изучили дополнительные характеристики этих групп и предположили, что выбор вида алкогольной аутоагрессии у алкоголиков определяется комбинацией

различных предписаний, отражающих ведущий личностный радикал, с основным аутоагрессивным предписанием «Не живи» [10; 6; 32].

Таким образом, чтобы ответить на исследовательский вопрос «Как тип личности пациентов с АЗ связан с проявлениями их аутоагрессивного поведения?», мы исследовали отношения между типом алкогольной аутоагрессии и комбинацией родительского предписания «Не живи» с другими предписаниями у больных АЗ с различными типами личности. Для достижения поставленной цели решались следующие исследовательские задачи.

1. Определить спектр предписаний, выявляемых у пациентов с АЗ.
2. Определить личностную типологию у пациентов с АЗ.
3. Установить наличие связи между предписаниями и типом личности у пациентов с АЗ.
4. Установить наличие связи между типом личности и выбором аутоагрессивного поведения у пациентов с АЗ.

Проведение исследования было одобрено этическим комитетом Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. Пациенты предоставляли информированное согласие; в случае наличия суицидального риска безопасность клиентов обеспечивалась, в том числе, с помощью заключения психотерапевтических антисуицидальных контрактов.

## Материал и методы

В период с 2009 по 2012 г. в рамках клинико-терапевтического исследования было обследовано 190 мужчин, в возрасте от 21 до 64 лет ( $M_{\text{возр.}} = 37 \pm 9,4$ ), обратившихся за анонимной наркологической помощью. Критериями включения стали: мужской пол, наличие АЗ (по критериям МКБ-10, F10.2), предоставление информированного согласия на лечение. Критериями исключения стали: признаки органического поражения ЦНС, острые психозы, тяжелое соматическое состояние и женский пол. Женщины не включались в исследование для достижения однородности выборки, поскольку описаны существенные гендерные различия в проявлениях аутоагрессивного поведения — у мужчин риск суицида в 10 раз выше, чем у женщин [19]. С целью уменьшения влияния на результаты исследования аффективных расстройств, характерных для острого периода абстиненции, обследование происходило на 7—14 сутки после прекращения употребления алкоголя.

Психодиагностическое тестирование проводилось с помощью следующих инструментов.

1. Диагностика проявлений АЗ и алкогольной аутоагрессии осуществлялась с помощью методики «Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью», состоящей из

трех блоков: формальные сведения о пациенте, наркологический блок, аутоагрессивная часть [12]. Интервью проводилось в виде недирективной мотивирующей беседы, демонстрирующей протективные и репаративные стороны психотерапевтического процесса. На основе клинической оценки полученных данных определялись аутоагрессивные паттерны клиента с учетом объективной и субъективной информации.

2. Личностные черты и психосоциальное функционирование респондентов определялись с помощью клинического обследования и опросника Personality Diagnostic Questionnaire (Version 4+) в русскоязычной адаптации В.П. Дворщенко [4].

3. Структура основных негативных родительских посланий (предписаний) определялась с помощью русскоязычного варианта Drego Injunction Scale — Шкалы предписаний П. Дрего [28].

### Исследованные переменные

**Личность.** С точки зрения личности, каждый респондент описывался в двух направлениях. Во-первых, по степени выраженности личностных особенностей выделялись: пациенты с акцентуациями характера (скрытыми и явными) и пациенты с расстройствами личности.

Во-вторых, диагностировался и ведущий личностный радикал: параноидный, шизоидный, антисоциальный, эмоционально-неустойчивый (пограничный), истерический, обсессивно-компульсивный (ананкастный), тревожный, зависимый, нарциссический и пассивно-агрессивный.

**Аутоагрессивное поведение** оценивалось в рамках шести групп алкогольной аутоагрессии [8, 10].

1. *Суицидальная («классическая») аутоагрессия* проявляется суицидальными мыслями и попытками, а также различного рода осознанными самоповреждениями (самопорезы) и отражает реализацию антивитальной программы, в основе которой лежит предписание «Не живи». Связана с такими суицидогенными факторами, как повышение импульсивности на фоне алкоголизации, наличие токсической абстинентной депрессии, снижение антимортальных барьеров и появление специфического чувства биологической вины за свое существование.

2. *Семейная аутоагрессия* характеризует реализацию аутоагрессивных тенденций через нарушения взаимоотношений в семье (наличие разводов, оценка браков как неудавшихся, отсутствие детей, чувств одиночества и безысходности), которые находят выражение в сверхценных идеях ревности и разводе. Патологическая ревность выливается в агрессивное поведение по отношению к супругу; а развод в этом контексте становится скрытым суицидом, часто приводя к необратимой аггравации АЗ и сопутствующих заболеваний.

3. *Аутоагрессия в профессиональной сфере* характеризует вред, наносимый человеком себе в области профессиональной жизни и саморазвития, когда много лет трудившийся в одной организации ответственный и эффективный работник с помощью алкоголя совершает «профессиональный суицид», например, явившись пьяным на важное совещание, что приводит к абсолютному краху его имиджа и увольнению.

4. *Соматическая аутоагрессия* предполагает самоповреждение через приобретение соматических расстройств, связанных с последовательным употреблением этанола и использованием его токсического действия для обеспечения физического нездоровья. Кроме того, обращаясь за лечебной помощью, соматические аутоагрессанты склонны игнорировать назначения врачей и демонстрируют низкий комплаенс к приему лекарственных препаратов и соблюдению режима лечения.

5. *Аутоагрессия в виде рискованного поведения* характеризуется массой необдуманных рискованных поступков, создающих возможности для реализации антивитаальной программы непрямыми, несуйцидальными способами, например, в результате несчастных случаев (дорожно-транспортных происшествий, пожаров и т. п.), опасных для жизни и здоровья хобби и увлечений, а также употребления суррогатов и низкопробного алкоголя.

6. *Аутоагрессия в виде антисоциального поведения* предполагает совершение необдуманных, импульсивных, социально неодобряемых поступков в состоянии алкогольного опьянения (физическое насилие, гетероагрессивное поведение, криминальные действия, провокации, в том числе в отношении работников органов правопорядка), которые позволяют реализовать аутоагрессивные тенденции через «криминогенную смерть» или увечья.

**Негативные родительские послания.** Выделялось 12 основных предписаний, определяемых с помощью шкалы предписаний П. Дрего (The Drego Injunction Scale) [28]:

1. *«Не живи»* — основное аутоагрессивное предписание. Дается родителями, если ребенок воспринимается как экзистенциальная помеха (мешает карьере, сексуальным отношениям, нежеланная беременность и проч.), либо на него возлагается вина за смерть матери во время родов. Может отражать и инфантицидные импульсы родителей, выражающиеся в неудачной попытке аборта, «случайно» стимулированных тяжелой работой или неосторожным поведением преждевременных родах с опасными осложнениями для жизни ребенка и т. д.

2. *«Не думай»*. Послание, затрудняющее мышление. Может выражаться в запрете на мышление («Не думай — делай») либо на определенные мысли. Выражается в неспособности думать или принимать решения самостоятельно или обдуманно действовать в определенных (например, кризисных) ситуациях, типичной растерянности, убежденности в своей глупости по сравнению с другими и т. п.

3. *«Не делай»*. Дается тревожными и боящимися (чаще всего иррационально) родителями, маскирующими собственную панику и иррациональные страхи гиперопекой и избыточной осторожностью, например, запрещая обычную детскую активность («Не ходи по лужам!», «Не катайся на велосипеде!»). Лежит в основе формирования пассивного поведения, трудностей в принятии решений, нежелания нести ответственность и поиска внешнего источника контроля.

4. *«Не сближайся»*. Формируется при отсутствии достаточного физического контакта и положительной стимуляции со стороны других, в результате длительной сепарации со значимыми людьми или их утратой. Принявший такое предписание человек испытывает серьезные проблемы в создании и поддержании близких взаимоотношений с другими людьми.

5. *«Не будь важным»*. Лежит в основе проблем самовосприятия и самооценки, подчеркивая некую условность, ничтожность существования человека. Принимается детьми, родители которых обесценивали значимость их поступков, мыслей, чувств и личности в целом, например, полностью игнорируя их присутствие либо мнение при выборе одежды или времяпрепровождения.

6. *«Не будь ребенком»*. Ответственность за проблемы, связанные с переживанием позитивных чувств, особенно радости, и способностью расслабляться. Передается в ситуациях, когда ребенок наделяется недетской ответственностью, например, выполняя родительские функции в отношении себя, младших сиблингов, самих «беспомощных» родителей, либо в слишком раннем возрасте неся обязательства, связанные с трудом, учебой, следованием нормам этикета.

7. *«Не вырастай»*. Люди с данным предписанием склонны демонстрировать импульсивное, необдуманное поведение либо паттерны детской беспомощности и растерянности. Часто дается родителями, испытывающими страх быть брошенными, выражающийся, в том числе, в иррациональной тревоге о сепарации с детьми.

8. *«Не будь собой»*. Наличие данного предписания характеризует проблемы самоидентификации и часто выглядит как послание не быть своим полом, когда в девочках и мальчиках воспитываются качества противоположного пола (например, девочка, которую «записывают» в женскую футбольную команду), либо ребенок «вращивается» для воплощения нереализованных устремлений родителей.

9. *«Не будь здоровым»*. Сообщение о психической или физической неполноценности ребенка, в результате которого человек учится получать внимание путем нездоровья. Вероятно, является одним из звеньев патогенеза психических заболеваний, поскольку может даваться родителями-психотиками и как предписание, и как программа действий («Сойди с ума, и у тебя всегда будет пенсия по инвалидности»).



10. «*He принадлежит*». Основное шизоидное предписание. Описывает ощущение разобщенности с другими людьми, «инакости», чувство непринадлежности ни к одной из групп/ мест/ сообществ.

11. «*He чувствуй*». Дается родителями в виде запрета испытывать все или определенные чувства, например, в рамках культурной или семейной «традиции» («Мальчи́кам не бывает больно»), из-за страха перед неспособностью совладать с собственным аффектом или аффектом ребенка («Злиться — плохо») или в силу дефицита эмпатии.

12. «*He доверяй*». Параноидное послание, отражающее интенсивную тревогу и страх близких отношений.

**Статистический анализ** проводился в два этапа: на первом производилось описание полученных распределений данных (представленных в виде  $M (SD; \min \div \max)$ , на втором — корреляционный анализ с использованием метода четырехполюсных таблиц. Нулевая статистическая гипотеза отвергалась при статистической значимости различий на уровне  $p < 0,05$ .

## Результаты

В результате отбора и рандомизации в исследовании были представлены респонденты со следующими личностными радикалами (табл. 1).

Пациенты со скрытыми акцентуациями были исключены из дальнейшего анализа, поскольку выраженность их личностных типологических черт была столь незначительна, что существовала высокая вероятность ошибки при отнесении их к тому или иному типу.

Таблица 1

Типы личности у респондентов

Тип личности	Количество, чел.	%
Пограничный	42	22,1%
Диссоциальный	32	16,8%
Параноидный	20	10,6%
Нарциссический	15	7,9%
Тревожный	14	7,3%
Обсессивно-компульсивный	12	6,3%
Шизоидный	11	5,8%
Истерический	9	4,5%
Зависимый	1	0,5%

Тип личности	Количество, чел.	%
Пассивно-агрессивный	1	0,5%
Скрытые акцентуации характера	33	17,4%
Всего	190	100%

Респонденты с зависимым, пассивно-агрессивным и истерическим типом личности также были исключены в силу малого числа наблюдений (менее 10), недостаточного для оценки взаимосвязей между изучаемыми параметрами.

В процессе оценки у пациентов могли диагностироваться несколько личностных радикалов. В этом случае, для последующего анализа использовался исключительно ведущий личностный радикал. Таким образом, финальной оценке подверглось 146 пациентов.

При оценке спектра родительских предписаний у пациентов с АЗ было установлено, что в выборке наиболее часто встречаются следующие предписания: «Не живи», «Не думай», «Не будь ребенком», «Не доверяй», «Не чувствуй» и «Не вырастай» (табл. 2).

Таблица 2

**Спектр родительских предписаний у пациентов с АЗ**

Предписание	Количество респондентов, чел.	Частота встречаемости, %
Не живи	100	52,6
Не думай	73	38,4
Не будь ребенком	54	28,4
Не доверяй	53	27,9
Не чувствуй	43	22,6
Не вырастай	39	20,5
Не будь важным	24	12,6
Не будь собой	22	11,6
Не принадлежи	22	11,6
Не сближайся	20	10,5
Не будь здоровым	15	7,9
Не делай	8	4,2

На следующем этапе с помощью корреляционного анализа были выделены связи между родительскими предписаниями и типами личностных радикалов (табл. 3).

Таблица 3

Корреляции между типом личности и предписаниями

Предписания Тип личности	Не живи	Не будь собой	Не вырастай	Не будь ребенком	Не будь важным	Не сблизяйся	Не чувствуй	Не будь здоровым	Не принадлежи	Не ловярай	Не думай
Параноидный N=20	-0,155*	0,037	-0,089	0,088	-0,079	-0,062	-0,104	0,027	0,037	<b>0,513*</b>	-0,165*
Шизоидный N=11	-0,036	-0,090	-0,070	0,044	-0,094	<b>0,135*</b>	0,027	-0,073	<b>0,544*</b>	-0,104	-0,149*
Пограничный N=42	<b>0,378*</b>	<b>0,204*</b>	<b>0,138*</b>	-0,251*	-0,050	-0,100	-0,015	<b>0,361*</b>	-0,193*	-0,077	<b>0,361*</b>
Диссоциальный N=32	<b>0,230*</b>	-0,163*	-0,194*	-0,034	0,083	-0,017	<b>0,160*</b>	-0,080	-0,163*	-0,092	<b>0,252*</b>
Нарциссический N=15	-0,152*	<b>0,38*</b>	0,045	-0,098	0,065	<b>0,154*</b>	<b>0,261*</b>	-0,013	-0,106	<b>0,123*</b>	-0,031
Тревожный N=14	-0,257*	0,024	<b>0,256*</b>	-0,133*	<b>0,135*</b>	0,035	0,040	-0,083	<b>0,402*</b>	-0,041	-0,140*
Обсессивно-компульсивный N=12	-0,057	-0,094	-0,13*	<b>0,412*</b>	-0,099	0,052	-0,089	-0,076	-0,094	-0,017	-0,205*

Примечание: «\*» — статистически значимые результаты (p<0,05).

На основании выявленных статистически значимых положительных корреляций было установлено, что определенным личностным типам пациентов с АЗ присущи следующие предписания (табл. 4).

Таблица 4

**Связь основных предписаний у пациентов с типами личности**

Тип личности	Основные предписания
Параноидный (N=20)	«Не доверяй»
Шизоидный (N=11)	«Не сближайся», «Не принадлежи»
Пограничный (N=42)	«Не живи», «Не будь самим собой», «Не вырастай», «Не будь здоровым», «Не думай»
Диссоциальный (N=32)	«Не живи», «Не чувствуй», «Не думай»
Нарциссический (N=15)	«Не будь самим собой», «Не сближайся», «Не чувствуй», «Не доверяй»
Тревожный (N=14)	«Не вырастай», «Не будь важным», «Не принадлежи»
Обсессивно-компульсивный (N=12)	«Не будь ребенком»

*Примечание:* N — количество респондентов в каждой выборке.

Очевидно, что обнаруженные статистически значимые корреляции предписаний и личностных типов (табл. 3 и 4) хорошо соотносятся с клинической типологией личности. Например, предписание пациентов с параноидным типом личности «Не доверяй» отражает их подозрительность и зависть. «Не сближайся» свидетельствует о шизоидной отстраненности и уходе от контакта. Типичные предписания пациентов с пограничным типом личности полезны для понимания их проблем, связанных с выживанием, самоидентификацией и сепарацией. Предписания диссоциальных пациентов выявляют их стремление к саморазрушению, подавлению чувств и поведению без учета последствий. Выявленные предписания также ярко подчеркивают особенности нарциссической и тревожной личности — их боязнь контактов («Не принадлежи») и склонность к регрессии в ответ на угрожающий стимул («Не расти»). Ключевое предписание обсессивно-компульсивной личности («Не будь ребенком») исключает гибкость, творческий потенциал и риск в принятии решений.

Обнаруженные нами статистически значимые отрицательные корреляции между типами личности и предписаниями иногда достаточно хорошо соответствовали клинической реальности: например, предписание «Не

взрослей» является не характерным для обсессивно-компульсивной и диссоциальной личности (табл. 4). Однако в ряде случаев результаты противоречили клинической практике, что может стать одним из будущих направлений исследования. Например, мы обнаружили, что встречаемость предписания «Не живи» находится в отрицательной корреляционной связи с параноидными чертами личности, хотя имеются данные о связанном с ревностью аутоагрессивном и гомицидном поведении параноидных пациентов с АЗ [18].

Далее, по результатам оценки аутоагрессивного поведения пациентов и соответствующего анализа корреляционных связей, мы установили, к какой аутоагрессии склонны пациенты с теми или иными личностными радикалами (табл. 5).

Таблица 5

**Корреляции между типом личности и группами алкогольной аутоагрессии**

Ауто-агрессия \ Тип личности	Пограничный N=42	Антисоциальный N=32	Нарциссический N=15	Шизоидный N=11	Параноидный N=20	Тревожный N=14	Обсессивно-компульсивный N=12
Суицидальная (N=40)	0,223*	0,044	-0,103	0,038	-0,051	-0,146*	-0,028
Семейная (N=68)	0,079	0,016	-0,015	-0,044	0,102	0,126	-0,104
Соматическая (N=40)	-0,057	-0,060	-0,103	0,073	0,075	0,101	0,025
В виде рискованного поведения (N=63)	0,089	0,107	0,004	<b>-0,173*</b>	-0,019	-0,110	0,142
В виде антисоциального поведения (N=53)	0,008	<b>0,347*</b>	-0,052	-0,054	-0,060	-0,041	-0,017
В профессиональной сфере (N=43)	-0,137	-0,109	<b>0,215*</b>	0,027	0,019	0,040	0,015

Примечание: «\*» — статистически значимая корреляция ( $p < 0,05$ ); N — количество респондентов в выборке.

Выявлены три статистически значимые положительные корреляции:

1. Пациенты с пограничным личностным радикалом выбирают преимущественно классическую суицидальную аутоагрессию.

2. Для пациентов с нарциссическим радикалом характерна алкогольная аутоагрессия в профессиональной сфере.
3. Пациенты с диссоциальной личностью демонстрируют алкогольную аутоагрессию в виде антисоциального поведения.

### **Анализ результатов**

За многие десятилетия исследования алкогольной зависимости в научном и клиническом сообществах сформировалось определенное мнение о том, как «выглядит» алкогольная личность. Это выражается и в разработке многочисленных психотерапевтических подходов, ориентированных на лечение тех или иных сторон личности алкоголика: алкогольной диссоциации (например, континуальная психотерапия Ю.В. Валентика, подход «Поиск безопасности» Л. Наявитц), антисоциальных тенденций (в когнитивно-бихевиоральных техниках мотивирования с помощью вознаграждения), низкой комплайентности и резистентности к лечению (мотивационная терапия В. Миллера и С. Роллиника), неспособности к контролю над импульсами и влечениями (противорецидивный тренинг А. Марлата и Дж. Гордона, поведенческая семейная терапия Т. О'Фаррела) и прочее. Тем не менее, аутоагрессивное поведение алкоголиков, как правило, рассматривается не как характеристика алкогольной личности, а, скорее, как проявление коморбидных заболеваний, например, пограничного или диссоциального личностного расстройства, и фокусируется на превенции классической суицидальной активности (самоубийств и парасуицидов) [1; 23]. По нашему мнению, аутоагрессивные тенденции сами по себе вписываются в картину алкогольной личности, что подтверждается как эпидемиологическими данными о том, что аутоагрессивное поведение при алкоголизме встречается чаще, чем при других психических расстройствах [21], так и нашими собственными исследованиями [8; 9; 10], показывающими, что в сравнении со здоровыми людьми значительная часть больных АЗ имеют установку «Не живи», детерминирующую выбор трагического жизненного сценария. При этом предписание «Не живи» значимо чаще встречается у клиентов с парасуицидами, а также у клиентов с суицидальными мыслями и самоповреждениями, что позволяет говорить о связи этого предписания с актами аутоагрессии [9].

В то же время программа «Не живи» является лишь одним (хотя, возможно, и наиболее значимым) из патогенетических факторов аутоагрессивного поведения, отвечая за «склонность» к алкогольной аутоагрессии, но не определяя способы ее реализации. По нашему мнению, выбор в пользу той или иной модели аутоагрессивного поведения определяется типологической личностной структурой (фактически, комби-

нацией нескольких предписаний с предписанием «Не живи») и другими элементами негативного жизненного сценария алкоголика: контрпредписаниями (вербальные родительские послания, формирующие копинговые стратегии по отношению к предписаниям) и программой (послания, передаваемые в основном на поведенческом уровне, с помощью которых родители демонстрируют способы реализации предписаний и контрпредписаний). В клинической реальности мы видим много примеров, как родившийся от нежелательной беременности (или даже переживший попытку инфантицида) ребенок (с предписанием «Не живи») получает от родительских фигур программу, как убить или покалечить себя с помощью водки, и как сделать это в какой-нибудь неожиданный момент (например, накануне свадьбы или в день рождения ребенка), определенное время оставаясь «на плаву» благодаря следованию контрпредписаниям («Усердно работай», «Радуй других» и проч).

Фактически, это давление внешней среды при отвергающих и психотравмирующих интеракциях окружения, в отсутствие нормальной привязанности, отражает те самые 50% внешнего вклада в патогенез АЗ [17] и одновременно в какой-то мере становится медиатором внутренних факторов АЗ (веры в иррациональные послания родителей и стремление к их реализации).

Полученные нами данные демонстрируют, что структура личности и особенности аутоагрессивного поведения пациентов с АЗ определяются *медиаторными* предписаниями, которые составляют определенные комбинации с аутодеструктивными «Не живи» и «Не думай».

В ходе нашего исследования мы подтвердили, что пациенты с чертами пограничной личности, имеющие комбинацию «Не живи» с «Не будь собой», «Не вырастай», «Не будь здоровым» и «Не думай», реализуют свой негативный жизненный выбор через классическое суицидальное аутоагрессивное поведение, что также подтверждается большим количеством клинических исследований, указывающих на значительное повышение риска суицида у пациентов с коморбидной АЗ и пограничным расстройством личности [30]. Пациенты с диссоциальной личностной организацией («Не чувствуй», «Не думай» и «Не живи») реализуют свой гамартический сценарий через аутоагрессию в виде антисоциального поведения. Антисоциальное поведение и АЗ подкрепляют друг друга, и такие пациенты чаще становятся жертвами убийств, физического насилия и оказываются в местах лишения свободы. Нарциссические пациенты («Не чувствуй», «Не думай», «Не живи») актуализируют аутоагрессию через состояние неблагополучия в наиболее значимой для себя области — профессиональной, где злоупотребление алкоголем дает повод потерять престиж высокого профессионального статуса и приводит к унижительным гонениям и увольнению.

## Выводы

1. Родительские предписания играют значимую роль в формировании алкогольной личности, определяя направление плана жизни — жизненного сценария. Главная роль отводится двум предписаниям: «Не живи», лежащему в основе аутоагрессии, и «Не думай», подталкивающему личность к использованию алкоголизации как неадаптивной копинг-стратегии. Остальные предписания, комбинируясь с «Не живи», становятся медиаторами в процессе формирования алкогольной личности и суицидальных типов аутоагрессии, связанных с ее различными типами.

2. Наиболее часто у пациентов с АЗ в нашей выборке встречаются три типа личности: пограничный, диссоциальный и параноидный.

3. Выявлена статистически значимая положительная корреляционная связь между ведущим личностным радикалом и предписаниями, что подтверждает медиаторную роль предписаний в формировании личностных особенностей.

4. Для трех типов личности выявлены значимые на статистическом уровне корреляции с конкретными типами аутоагрессивного поведения: для пограничной — с суицидальным поведением, для диссоциальной — с аутоагрессией в виде антисоциального поведения, для нарциссической — с профессиональной аутоагрессией.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Агibalова Т.В., Бузик О.Ж., Гуревич Г.Л.* Значение личности больных алкоголизмом в психотерапевтическом процессе // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2011. № 11. С. 39—43.
2. *Берн Э.* Игры в которые играют люди. М.; СПб: «Университетская книга» АСТ, 1998. 247 с.
3. *Гулдинг М., Гулдинг Р.* Психотерапия нового решения. Теория и практика. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 288 с.
4. *Дворченко В.П.* Диагностический тест личностных расстройств. М: Речь, 2008. 112 с.
5. *Личко А.Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. М.: Медицина. Ленинград. отд-ние, 1977. 208 с.
6. *Меринов А.В., Шустов Д.И.* Феномен финальной открытости семейной системы в браках страдающих алкогольной зависимостью мужчин // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2012. № 10. С. 64—67.
7. *Штайнер К.* Лечение алкоголизма. М.: Прайм-еврознак, 2004. 224 с.
8. *Шустов Д.И.* Аутоагрессивное поведение и алкоголизм (клинико-терапевтическое исследование): дисс. ... докт. мед. наук. М., 2000.
9. *Шустов Д.И.* Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. СПб: Спецлит, 2016. 207 с.



10. *Шустов Д.И.* Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-центр, 2005. 243 с.
11. *Шустов Д.И., Агибалова Т.В., Федотов И.А.* Обратная сторона алкогольной зависимости: абстиненты и спонтанные ремиссии // Вопросы наркологии. 2014. №5. С.141—161.
12. *Шустов Д.И., Меринов А.В., Валентик Ю.В.* Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. М: МЗ РФ, 2000. 20 с.
13. *Bravo de Medina R., Echeburúa E., Aizpiri J.* Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo // Adicciones. 2007. Vol. 19(4). P. 373—380. doi: 10.20882/adicciones.296.
14. *Chachamovich E., Ding Y., Turecki G.* Levels of aggressiveness are higher among alcohol-related suicides: results from a psychological autopsy study // Alcohol. 2012. Vol. 46(6). P. 529—536. doi: 10.1016/j.alcohol.2012.03.007
15. *Cunningham J., Breslin C.* Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment // Addict. Behav. 2004. Vol. 29. P. 221—223. doi: 10.1016/S0306-4603(03)00077-7
16. *Cunningham J., McCambridge J.* Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? // Addiction. 2012. Vol. 107. P. 6—12. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03583.x.
17. *Davis C., Loxton N.J.* Addictive behaviors and addiction-prone personality traits: associations with a dopamine multilocus genetic profile // Addict. Behav. 2013. Vol. 38(7). P. 2306—2312. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.02.012.
18. *Jiménez-Arriero M.A. et al.* Alcoholic jealousy: an old and current dilemma // Adicciones. 2007. Vol.19(3). P. 267—272. doi: 10.20882/adicciones.305.
19. *Kocic S. et al.* Sex as suicidal risk factor // Medicinski Pregled. 2012. Vol. 65(9—10). P. 415—420. doi: 10.2298/MPNS1210415K
20. *Larkin C., Di Blasi Z., Arensman E.* Risk factors for repetition of self-harm: a systematic review of prospective hospital-based studies // PLoS ONE. 2014. Vol. 9(1). P. e84282. doi: 10.1371/journal.pone.0084282
21. *Lester D.* Why people kill themselves: A 2000 summary of research on suicide. Charles C Thomas Publisher, 2000. 410 p.
22. *Magill M., Ray L.* Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials // J. Stud. Alcohol. Drugs. 2009. Vol. 70. P. 516—527.
23. *Meehan P.J.* Prevention: the endpoint of suicidology // Mayo Clin. Proc. 1990. Vol. 65(1). P. 115—118. doi: 10.1016/S0025-6196(12)62116-8
24. *Menninger K.* Man against himself. New York: Harcourt, Brace, 1938.
25. *Najavits L.M.* Creating change: a new past-focused model for PTSD and substance abuse // Handbook of Trauma, PTSD and Substance Use Disorder Comorbidity / P. Ouimette, J.P. Read (eds.). Washington: American Psychological Association Press, 2014. P. 281—303.
26. National epidemiologic survey on alcohol and related conditions / National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (NIAAA), 2006.
27. *Nicju M., Arias A.* Targeted opioid receptor antagonists in the treatment of alcohol use disorders // CNS Drugs. 2013. Vol. 27 (10). P. 777—787. doi: 10.1007/s40263-013-0096-4

28. Pearl D. Happy family: Parenting through family rituals. Bombay: Alferuby Publishers, 1994.
29. Pompili M. et al. Suicidal behavior and alcohol abuse // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2011. Vol. 7 (4). P. 1392—1431. doi: 10.3390/ijerph7041392.
30. Preuss U.W., Koller G., Barnow S., Eikmeier M., Soyka M. Suicidal behavior in alcohol-dependent subjects: the role of personality disorders // Alcohol Clin. Exp. Res. 2006. Vol. 30 (5). P. 866-877. doi: 10.1111/j.1530-0277.2006.00073.x
31. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide / National Institute on Drug Abuse. National Institutes of Health Publication, 2012. № 12-4180. 76 p.
32. Shustov D. I., Merinov A.V., Tuchina O.D. Episcrypt transmission in families of alcohol-dependent men: models and clinical observations // Transactional Analysis Journal. 2016. Vol. 46 (1). P. 13—16. doi: 10.1177/0362153715615120
33. Stewart I., Joines V. Personality adaptations: A new guide to human understanding in psychotherapy and counseling. Nottingham and Chapel Hill: Lifespace Publ., 2002. 419 p.
34. Wedig M., Silverman M., Frankenburg F., Reich B., Fitzmaurice G., Zanarini M. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up // Psychol. Med. 2012. Vol. 42(11). P. 2395—2404. doi: 10.1017/S0033291712000517

## SELF-DESTRUCTIVE ALCOHOLIC PERSONALITY

D.I SHUSTOV\*,  
Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, dmitri\_shustov@mail.ru

O.D. TUCHINA\*\*,  
Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia, shtuchina@gmail.com

I.A. FEDOTOV\*\*\*,  
Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, ifedotov@psychiatr.ru

### For citation:

Shustov D.I., Tuchina O.D., Fedotov I.A., Novikov S.A. Self-Destructive Alcoholic Personality. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 89—109. doi: 10.17759/cpp.20162403006. (In Russ., abstr. in Engl.)

\* *Shustov Dmitri Ivanovich*, M.D., Professor, Head of Psychiatry Department, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, e-mail: dmitri\_shustov@mail.ru.

\*\* *Tuchina Olga Dmitrievna*, Psychologist, Assistant Lecturer, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia, e-mail: shtuchina@gmail.com.

\*\*\* *Fedotov Ilya Andreevich*, Candidate of Medical Sciences, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, e-mail: ifedotov@psychiatr.ru.

S.A. NOVIKOV\*\*\*\*,

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, novikovsa@inbox.ru

The article presents the findings of a study investigating a relationship between personality types developing under the influence of negative parental messages (injunctions) and different types of self-destructive behaviors in alcohol-dependent patients. The study was carried out in 2009—2012 in Ryazan in a sample of 190 outpatient male clients who received psychotherapy for alcohol-dependence. The authors assumed that the choice of self-destructive behaviors was linked to the alcohol-dependent patients' personality organization and depended on a combination of different injunctions with the main self-destructive injunction — “Don't be”. The authors describe parental injunctions, which contributed to the development of “the alcoholic personality”. The main contributing injunctions were “Don't be” which formed the basis for self-destructiveness, and “Don't think”, which reinforced alcohol abuse as a maladaptive coping strategy. The other injunctions, when combined with “Don't be”, were mediating personality type development and the related groups of self-destructiveness. The authors identified statistically significant correlations between the most frequent personality types and specific groups of self-destructive behavior in alcohol-dependent patients: thus, borderline personality organization was linked to suicidal behavior, dissocial personality organization — to antisocial behaviors, and narcissistic — to self-destructiveness in the professional sphere.

**Keywords:** psychotherapy, alcohol dependence, self-destructive behavior, suicide.

## REFERENCES

1. Agibalova T.V., Buzik O. Zh., Gurevich G.L. Znachenie lichnosti bol'nyh alkogolizmom v psihoterapevticheskom processe [Psychotherapy of alcoholics based on personality traits]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry], 2011, no. 11, pp. 39—43.
2. Berne E. Iгры v kotorye igrayut lyudi [Games people play]. Moscow-Saint-Petersburg: «Universitetskaya kniga» AST, 1998. 247 p. (in Russ.)
3. Goulding M., Goulding R. Psikhoterapiya novogo resheniya. Teoriya i praktika [Changing Lives Through Redecision Therapy]. Moscow: Nezavisimaya firma “Klass”, 2001. 288 p. (in Russ.)
4. Dvorshchenko V.P. Diagnosticheskij test lichnostnyh rasstrojstv [Personality Disorders Diagnostic Questionnaire]. Moscow: Rech, 2008. 112 p.
5. Lichko A.E. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov [Psychopathy and accentuations of character in teenagers]. Moscow: Meditsina, Leningrad. otd-nie, 1977. 208 p.
6. Merinov A.V., Shustov D.I. Phenomen final'noj otkrytosti semejnoi sistemi v brakakh stradayushchikh alkogol'noj zavisimost'ju muzhchin [Phenomenon of the open fi-

\*\*\*\* Novikov Sergey Andreevich, Candidate of Medical Sciences, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, e-mail: novikovsa@inbox.ru.

- nal in the family systems of married men suffering from alcohol dependence]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry], 2012, Vol. 112, no. 10, pp. 64—67.
7. Steiner C. Lechenie alkogolizma [Healing alcoholism]. Moscow: Praim-evroznak, 2004. 224 p. (in Russ.)
  8. Shustov D.I. Autoagressivnoe povedenie i alkogolizm (Kliniko-terapevticheskoe issledovanie). Diss. dokt. med. nauk. [Self-destructive behavior and alcoholism: clinical and therapeutic study. Dr. Sci. (Medicine) Thesis]. Moscow, 2000.
  9. Shustov D.I. Autoagressiya i samoubiistvo pri alkogol'noi zavisimosti: klinika i psikhoterapiya [Self-destruction and suicide in alcohol addiction: clinical picture and psychotherapy]. Saint-Petersberg: Spetslit, 2016. 207 p.
  10. Shustov D.I. Autoagressija, suicid i alkogolizm [Self-destructiveness, Suicide and Alcoholism]. Moscow: Cogito-Center, 2005. 243 p.
  11. Shustov D.I., Agibalova T.V., Fedotov I.A. Obratnaya storona alkogol'noi zavisimosti: abstinenty i spontannye remissii [Reverse side of alcohol addiction: abstainers and natural recovery]. *Voprosy narkologii* [Problems of nacrology], 2014, no. 5, pp. 141—161.
  12. Shustov D.I., Merinov A.V., Valentik Y.V. Diagnostika autoagressivnogo povedenija pri alkogolizme metodom terapevticheskogo interv'ju [Diagnosing self-destructiveness in patients with alcohol dependence using therapeutic interview]. Moscow: Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 2000. 20 p.
  13. Bravo de Medina R., Echeburúa E., Aizpiri J. Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. *Adicciones*, 2007. Vol. 19, no. 4, pp. 373—380. doi: 10.20882/adicciones.296.
  14. Chachamovich E., Ding Y., Turecki G. Levels of aggressiveness are higher among alcohol-related suicides: results from a psychological autopsy study. *Alcohol*, 2012. Vol. 46, no. 6, pp. 529—536. doi: 10.1016/j.alcohol.2012.03.007
  15. Cunningham J., Breslin C. Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addict. Behav.*, 2004. Vol. 29, pp. 221—223. doi: 10.1016/S0306-4603(03)00077-7
  16. Cunningham J., McCambridge J. Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? *Addiction*, 2012. Vol. 107, pp. 6—12. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03583.x.
  17. Davis C., Loxton N.J. Addictive behaviors and addiction-prone personality traits: associations with a dopamine multilocus genetic profile. *Addict. Behav.*, 2013. Vol. 38, no. 7, pp. 2306—2312. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.02.012.
  18. Jiménez-Arriero M.A. et al. Alcoholic jealousy: an old and current dilemma. *Adicciones*, 2007. Vol. 19, no. 3, pp. 267—272. doi: 10.20882/adicciones.305.
  19. Kocic S. et al. Sex as suicidal risk factor. *Medicinski Pregled*, 2012. Vol. 65, no. 9—10, pp. 415—420. doi: 10.2298/MPNS1210415K
  20. Larkin C., Di Blasi Z., Arensman E. Risk factors for repetition of self-harm: a systematic review of prospective hospital-based studies. *PLoS ONE*, 2014. Vol. 9, no. 1, pp. e84282. doi: 10.1371/journal.pone.0084282
  21. Lester D. Why people kill themselves: A 2000 summary of research on suicide. Charles C Thomas Publisher, 2000. 410 p.

22. Magill M., Ray L. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Stud. Alcohol. Drugs*, 2009. Vol. 70, pp. 516—527.
23. Meehan P.J. Prevention: the endpoint of suicidology. *Mayo Clin. Proc.*, 1990. Vol. 65, no. 1, pp. 115—118. doi: 10.1016/S0025-6196(12)62116-8
24. Menninger K. Man against himself. New York: Harcourt, Brace, 1938.
25. Najavits L. M. Creating change: a new past-focused model for PTSD and substance abuse. In P. Ouimette, J. P. Read (eds.). *Handbook of Trauma, PTSD and Substance Use Disorder Comorbidity*. Washington: American Psychological Association Press, 2014, p. 281—303.
26. National epidemiologic survey on alcohol and related conditions / National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (NIAAA), 2006.
27. Niciu M., Arias A. Targeted opioid receptor antagonists in the treatment of alcohol use disorders. *CNS Drugs*, 2013. Vol. 27, no. 10, pp. 777—787. doi: 10.1007/s40263-013-0096-4
28. Pearl D. Happy family: Parenting through family rituals. Bombay: Alfreruby Publishers, 1994.
29. Pompili M. et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2011. Vol. 7, no. 4, pp. 1392—1431. doi: 10.3390/ijerph7041392.
30. Preuss U.W., Koller G., Barnow S., Eikmeier M., Soyka M. Suicidal behavior in alcohol-dependent subjects: the role of personality disorders. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 2006. Vol. 30, no. 5, pp. 866—877. doi: 10.1111/j.1530-0277.2006.00073.x
31. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide / NIDA. NIH Publication No. 12—4180, 2012.
32. Shustov D. I., Merinov A.V., Tuchina O.D. Episcrypt transmission in families of alcohol-dependent men: models and clinical observations. *Transactional Analysis Journal*. 2016. Vol. 46, no. 1, pp. 13—16. doi: 10.1177/0362153715615120
33. Stewart I., Joines V. Personality adaptations: A new guide to human understanding in psychotherapy and counseling. Nottingham and Chapel Hill: Lifespace Publ., 2002.
34. Wedig M., Silverman M., Frankenburg F., Reich B., Fitzmaurice G., Zanarini M. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychol. Med*, 2012. Vol. 42, no. 11, pp. 2395—2404. doi: 10.1017/S0033291712000517

---

## МАСТЕРСКАЯ И МЕТОДЫ

---

# МОДЕЛИ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Н.А. ПОЛЬСКАЯ\*,  
Московский государственный психолого-педагогический  
университет, Московский институт психоанализа, Москва, Россия,  
polskayana@yandex.ru

Представлен обзор моделей коррекции при самоповреждающем и суицидальном поведении. В рамках когнитивно-бихевиорального подхода рассмотрены обучающая когнитивно-бихевиоральная терапия; групповая терапия, направленная на улучшение качества эмоциональной регуляции и фокусирующаяся на повышении осознанности эмоций; диалектическая бихевиоральная терапия, направленная на повышение осознанности в эмоциональной сфере, улучшение межличностных отношений и научение адаптивным способам эмоциональной регуляции; процедура функционального анализа и тренинг функционального общения. В рамках психодинамического подхода выделены: терапия, основанная на ментализации; терапия, сфокусированная на переносе; психоаналитическая психотерапия и когнитивно-аналитическая терапия. Рассмотрены модель семейной терапии, основанная на

### Для цитаты:

*Польская Н.А.* Модели коррекции и профилактики самоповреждающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 110—125 doi: 10.17759/cpp.20162403007

\* *Польская Наталья Анатольевна*, кандидат философских наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии Московского государственного психолого-педагогического университета, Москва, Россия, polskayana@yandex.ru

теории привязанности, и многомерная модель вмешательства при самоповреждающем поведении. Обсуждаются общие и частные вопросы профилактики самоповреждающего и суицидального поведения в клинической и общей популяциях. Указаны требования к разработке программ профилактики самоповреждающего поведения для школ.

**Ключевые слова:** самоповреждающее поведение, суицидальное поведение, коррекция, профилактика.

Феноменологическую близость суицидального и самоповреждающего поведения отмечают многие специалисты. Самоповреждающее поведение часто связывают с действиями, направленными на повреждение собственного тела, но без суицидальных намерений [3; 4; 5; 6; 17; 23]. Помимо этого выделяют и другую специфику самоповреждающего поведения, выходящую далеко за рамки клиники и психопатологии, и определяющую сложный круг психологических проблем, отражающих онтогенетические особенности, культурное значение, социальную селекцию санкционированных способов и форм самоповреждения [3; 17]. Для современных исследователей самоповреждающее поведение представляет собой группу феноменов поведения, как клинического, так и доклинического уровней, указывающих на вероятностный суицидальный риск и психологические проблемы, связанные с эмоциональной регуляцией и пониманием эмоций, Я-концепцией, тревожностью, враждебностью и нейротизмом [1; 4; 5; 6; 10; 11; 17; 19].

Социально значимым и наиболее востребованным является выявление ранних предпосылок к суицидальному поведению [1; 10; 11], в качестве которых выступают акты самоповреждения, и понимание собственно психологических механизмов самоповреждающего поведения [5; 6].

Самоповреждающее поведение, по оценке специалистов, характерно для разных возрастных и социальных групп и наблюдается в общей популяции и в клинических выборках [1; 2; 4; 10; 11; 20]. Исследователи из разных стран отмечают рост проявлений самоповреждающего поведения в подростковой среде, что объясняется спецификой взросления современных подростков [7], обусловленной интенсивным развитием коммуникационно-информационных технологий, усилением социального интереса к культурно-санкционированным формам рискованного поведения (например, к модификациям тела), появлением новых форм психопатологии [8; 10; 11]. С другой стороны, повторные самоповреждения у взрослых, приводящие к госпитализации, служат причиной дистресса у пациентов и их ближайшего окружения, что обуславливает необходимость в разработке моделей психосоциальной интервенции,

которая направлена на оказание психологической помощи и обеспечение поддержки пациенту [20].

Выделяют разные формы самоповреждающего поведения, а в различных дефинициях внимание фокусируется на его отдельных аспектах: например, саморазрушительное поведение, членовредительство, ауто-агрессия. Взаимосвязь и близость понятий самоповреждающего и суицидального поведения неоднократно обсуждалась. Для их различения сформулированы такие термины, как несуйцидальное самоповреждающее поведение, парасуицид. И хотя большинство самоповреждений, наблюдаемых при нормативном психическом развитии в подростковом, юношеском и молодом возрасте, имеют доклинический уровень и являются несуйцидальными [4; 5; 23], нельзя полностью исключить суицидальные интенции, что требует обязательной проверки и уточнения возможного суицидального риска при самоповреждающем поведении в рамках планируемой терапии и выделения релевантных мишеней психологической коррекции. Следует отметить, что программы профилактики и коррекции, разрабатываемые для лиц с самоповреждающим поведением, в своих основополагающих принципах близки аналогичным разработкам при суицидальном поведении.

В данной статье осуществлен аналитический обзор направлений и моделей коррекции и профилактики СП. Большинство моделей, используемых в коррекции симптоматики и причин самоповреждающего поведения, базируются на психодинамическом или когнитивно-бихевиоральном подходе в психотерапии. Терапевтическое вмешательство осуществляется как в индивидуальном, так и в групповом форматах работы, которые могут варьироваться в зависимости от целей терапии и динамики терапевтического процесса. В моделях психологической помощи, разрабатываемых в клинике, самоповреждающее поведение рассматривается, как правило, в русле комплексного подхода в совокупности с другими психологическими проблемами, например, детской травмой [27]. Коррекция самоповреждающего поведения осуществляется в рамках проведения комбинированной терапии, сочетающей медикаментозные и поведенческие методы, с учетом специфики возможных поведенческих, личностных или аффективных расстройств и нарушений психического развития.

### **Модели, основанные на когнитивно-бихевиоральном подходе**

По мнению специалистов, *когнитивно-бихевиоральная терапия* ведет не только к снижению частоты актов самоповреждения, но и помогает при сопутствующих психопатологических симптомах, фокусируясь на



выработке пациентом эффективных способов преодоления проблем на основе оценки влияния убеждений и эмоций на его поведение [9; 20; 23]. На основе рандомизированного исследования обосновывается эффективность данной модели при применении ее в работе со взрослыми пациентами, причиняющими себе вред. В результате было выявлено, что вероятность нанесения себе повреждений снизилась на 6% [20].

В основе когнитивно-бихевиорального подхода к терапии самоповреждающего поведения — четыре ключевых аспекта:

1) функциональная оценка проблемного поведения, на основе которой составляется план лечения пациента с самоповреждающим поведением;

2) обучение пациента навыкам, отсутствие или недостаточная сформированность которых связаны с самоповреждением (например, коммуникативные навыки, навыки решения проблем);

3) изменение поведения пациента (в данном случае устранение положительного подкрепления самоповреждающего поведения);

4) когнитивное реструктурирование — выявление, оценка и изменение иррациональных убеждений, приводящих к самоповреждению (например, «тело отвратительно и заслуживает наказания», или «самоповреждение приемлемо») [17; 23].

В другой модели, *обучающей когнитивно-бихевиоральной психотерапии* (*manual-assisted cognitive-behavioral therapy, МАСТ*, Evans K. et al., 1999), сочетаются классические когнитивно-бихевиоральные приемы и техники решения проблем (*problem-solving therapy*) [16]. Акцент делается на информировании клиента о продуктивных способах совладания с трудными и стрессогенными жизненными ситуациями. Терапия является краткосрочной: в течение шести встреч клиенты получают информацию о самоповреждении, способах его преодоления и источниках помощи в кризисных ситуациях [15].

В русле когнитивно-поведенческого подхода разработана *модель групповой терапии, направленной на улучшение качества эмоциональной регуляции* у женщин с пограничным личностным расстройством и самоповреждающим поведением [19]. Фокус терапии — повышение осознанности и принятия эмоций. Модель базируется на результатах исследований, согласно которым избегание негативных эмоций ведет к повышению их интенсивности. На завершающем этапе терапии происходит обучение приемам поведения, которые основаны на принятии, а не на избегании, и связаны с ценностными жизненными сферами клиенток [19].

*Диалектическая бихевиоральная терапия* также разработана специально для пациентов с пограничным расстройством личности с суицидальным и самоповреждающим поведением и направлена на повышение осознанности в эмоциональной сфере, улучшение межличностных отношений и научение адаптивным способам эмоциональной регуля-

ции [25]. Она не является более успешной в лечении самоповреждающего поведения, по сравнению с другими когнитивно-бихевиоральными методами, но более эффективна при суицидальном поведении.

В рамках данной модели выделяется пять направлений оказания психологической помощи.

1. Улучшение поведенческих навыков.
2. Повышение мотивации к применению данных навыков.
3. Перенос отработанных в терапии навыков в повседневную жизнь.
4. Структурирование среды для подкрепления адаптивного поведения.
5. Повышение мотивации и навыков терапевта.

Терапия проводится в четырех формах: индивидуальная психотерапия (час в неделю); групповой тренинг навыков (2,5 часа в неделю); телефонные консультации; еженедельные встречи терапевтов [25].

Для работы с проблемой самоповреждающего поведения у пациентов с нарушениями психического развития используют различные формы коррекционного воздействия, основанные на теории бихевиоризма.

**Процедура функционального анализа** направлена на определение и анализ функции проблемного поведения и факторов внешней среды, его поддерживающих [12]. В рамках этой процедуры предусмотрено выполнение экспериментальных условий: внимание, избегание требований, одиночество, игра [12]. Каждое из условий характеризует определенную модель поведения, которая может быть связана с усилением или ослаблением действий самоповреждающего характера. На основе наблюдения за поведением ребенка и проявлениями самоповреждения в варьируемых условиях формулируется вывод о средовых факторах, способствующих усилению самоповреждающего поведения [12]. На основе этого определяется стратегия коррекционной работы.

Аналогичной формой коррекции является **тренинг функционального общения**, при котором детей с нарушениями психического развития и различными проявлениями проблемного поведения (включая самоповреждения) обучают вербальным способам поиска внимания и помощи со стороны взрослых, что снижает вероятность нежелательного поведения [14]. С функциональной точки зрения фразы, которым обучают детей, замещают проблемное поведение за счет того, что они направлены на поиск того же положительного подкрепления (похвала) или избегание того же отрицательного подкрепления (сложность задачи), что и проблемное поведение.

## Модели, основанные на психодинамическом подходе

Психоанализ — одно из первых направлений в психологической практике, столкнувшееся с проблемой самоповреждающего поведения

[3]. В процессе психоанализа пациентов с самоповреждающим поведением особое внимание уделяется переносу и психологическим защитам, а также анализу причин самоповреждения и его символического значения [2; 3]. Однако, по мнению Нельсон и Грюнебаум, улучшение при психоаналитической терапии наступает не в результате инсайта, а благодаря тому, что пациенты:

- 1) обучались выражать свои эмоции вербально;
- 2) обучались другим способам выражения своих негативных эмоций;
- 3) получали поддержку со стороны других пациентов в групповой терапии и медицинского персонала (цит. по: Favazza, 1996) [17].

Современная психодинамическая терапия включает такие приемы, как:

- фокусирование на межличностных отношениях;
- работа над осознанием и выражением чувств,
- развитие образа Я клиента.

По результатам наблюдений, в течение одного-пяти лет после лечения снижается частота актов самоповреждения, суицидальных попыток и обращения за помощью в больницы (в связи с самоповреждениями) и психиатрические клиники, улучшаются межличностные отношения [23].

В рамках психодинамического подхода рассматривают различные виды терапии: терапия, основанная на ментализации, сфокусированная на переносе, психоаналитическая психотерапия и когнитивно-аналитическая терапия. Отмечается эффективность этих моделей по сравнению со стандартным психиатрическим лечением больных с пограничным личностным расстройством в клинике [26]. Несмотря на разную концептуализацию механизмов, лежащих в основе поведенческих нарушений при пограничном личностном расстройстве, все разновидности психодинамической терапии приводят к снижению частоты несуйцидальных и суйцидальных самоповреждений (табл.).

### **Семейная терапия, основанная на теории привязанности**

Семейная терапия, основанная на теории привязанности, исходит из того, что нарушения привязанности в раннем возрасте между ребенком и матерью влекут за собой нарушения эмоциональной саморегуляции, искажение образа Я и формирование неадаптивных способов совладания со стрессом в подростковом возрасте. Самоповреждение — одна из форм неадаптивных копинг-стратегий. Данная модель психологической помощи предполагает, что ряд факторов (семейные конфликты, отсутствие эмоциональной согласованности членов семьи, насилие) могут разрушить связь между ребенком и родителями, что и является основой для формирования различных форм малоадаптивных или неадаптивных

копингов. Целью терапии выступает разрешение внутрисемейных конфликтов, построение доверительных отношений между подростком и родителями, при которых родители оказываются снова включены в его жизнь [22].

Терапия включает в себя несколько этапов.

На *первом этапе* происходит встреча терапевта с семьей и с ее членами по отдельности для создания терапевтического альянса, определение фокуса терапии как улучшения отношений в семье. Проводится подготовка подростка и родителей к диалогу.

На *втором этапе* создаются терапевтические условия для воссоздания привязанности: родители выслушивают ребенка с принимающей, эмпатической позиции, семья учится обсуждать проблемы подростка, с которыми ранее он не мог обратиться к родителям.

На *третьем этапе* внимание фокусируется на роли семьи как контекста социализации подростка: терапевтом инициируются обсуждения с родителями повседневных тем, касающихся их ребенка, с акцентом на поддержке независимости и автономии подростка [22].

### **Многомерная модель вмешательства при самоповреждающем поведении у подростков**

К. Йип (*K. Yip*) предлагает многомерную модель вмешательства при самоповреждающем поведении у подростков (которая также может выступать как перечень направлений профилактики самоповреждающего поведения), состоящую из следующих блоков.

1. *Улучшение социальной среды для подростков.* Сюда относится целый ряд рекомендаций по улучшению, экологизации социальной среды, в которой происходит взросление современного подростка: предотвращение сексуализации девушек в рекламе и СМИ, уменьшение требований системы образования, более справедливые условия найма на работу и т. п.

2. *Психологическая помощь подростку в решении межличностных проблем.* Поддержка родителей и сверстников помогает подростку справиться с чувствами фрустрации, гнева, напряжения, пустоты. При нарушениях в отношениях с родителями и сверстниками, а также в случае семейного конфликта или развода необходима профессиональная психологическая помощь.

3. *Избавление от фрустрации и улучшение качества эмоциональной регуляции.* Проведение семинаров и тренингов с целью обучения подростков приемам адаптивной саморегуляции и выражения гнева. Семинары и тренинги могут проводиться как в качестве превентивных общеобразовательных мероприятий, так и в рамках терапии.

Таблица  
**Терапевтические цели и техники в психодинамической терапии при пограничном расстройстве личности**

Вид психодинамической терапии	Механизм, лежащий в основе пограничного расстройства	Терапевтические цели	Направления и этапы работы
Терапия, основанная на ментализации	Нарушения привязанности и ментализации (способности рассматривать внутренний мир другого как независимый от собственного)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Идентификация и выражение аффекта.</li> <li>2. Формирование стабильных внутренних репрезентаций.</li> <li>3. Формирование связанного чувства Я.</li> <li>4. Способность создавать безопасные отношения</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Работа с контролем над эмоциями (понимание эмоций, их причин в конкретной ситуации, конструктивное выражение эмоций и предвосхищение чувств партнера по общению).</li> <li>2. Развитие способности к ментализации.</li> <li>3. Индивидуальная и групповая работа с переносом для понимания динамики отношений</li> </ol>
Терапия, сфокусированная на переносе	Нарушения личностной организации (по О. Кернбергу), которую составляют репрезентации себя и других (нарушения дифференциации и интеграции репрезентаций)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Улучшение контроля над поведением, регуляции аффекта, создание близких отношений и способность следовать жизненным целям.</li> <li>2. Развитие интегрированных репрезентаций себя и других.</li> <li>3. Трансформация примитивных защит.</li> <li>4. Преодоление диффузной идентичности</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Решение срочных задач (в течение первого года терапии): СП и суицидальное поведение, препятствие лечению, переживание прошлых объектных отношений.</li> <li>2. Анализ переноса.</li> <li>3. Интерпретация психологических защит (особенно идеализации)</li> </ol>
Психодинамическая психотерапия	Внутренние процессы, препятствующие развитию и обретению психологической зрелости (напряженный, негативные эмоции, линейное мышление)	Выявление и помощь в осознании пациентом патологических защит	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 этап: исследование симптомов, межличностных отношений, определение проблемных областей.</li> <li>2 этап: открытое использование переноса для выявления подавляемых чувств и связывания их с межличностными отношениями.</li> <li>3 этап: обсуждение путей дальнейшей работы над собой</li> </ol>
Когнитивно-адаптивная терапия	Хроническое ограничение выражения/подавления эмоций, ведущее к потере чувства контроля за поведением (особенно характерно для СП)	Поиск эмоциональных паттернов отношения к себе и другим, которые связаны с проблемным поведением	Разыгрывание эмоциональных ролей, связанных с непродуктивными копингами; пересказ своей истории; обучение распознаванию переноса в межличностных отношениях. Техника «проектального письма», в котором пациент описывает достигнутое в процессе терапии

4. *Повышение целостности и чувства собственной значимости у подростка* (за счет участия в важных мероприятиях, волонтерских организациях, создания групп поддержки и т. п.) [29].

## **Профилактика суицидального и самоповреждающего поведения**

Общие положения превентивных мер были разработаны 60-е гг. XX в. [24]. Модель профилактики включала три уровня.

1. Первичная профилактика направлена на распространение знаний и обучение навыкам, касающимся общих вопросов охраны здоровья.

2. Вторичная профилактика направлена на раннее выявление заболевания.

3. Третичная профилактика является, по сути, лечением, она направлена на снижение тяжести последствий заболевания (Leavell, Clark, 1965; цит. по: Bertolote, 2014) [13].

Другая модель профилактики, более подходящая для поведенческих расстройств и психических отклонений с неясной этиологией, была предложена Р. Гордоном (Gordon, 1987, цит. по: Bertolote, 2014) [13]. В нее входят следующие виды превенции.

1. Универсальная профилактика, направленная на повышение осведомленности о проблеме в общей популяции (пример — День предотвращения суицида).

2. Выборочная профилактика, направленная на группы высокого риска для предотвращения поведенческого расстройства или отсрочки в проявлении его симптомов (для определения групп риска необходимо понимать факторы риска, участвующие в формировании данного поведения).

3. Указывающая профилактика, направленная на конкретных индивидуумов, у которых уже проявилось данное расстройство.

При профилактике суицидального поведения делается акцент на его многофакторности и возможности развития программ профилактики по сложным траекториям. На уровне универсальной профилактики могут использоваться мероприятия по ограничению доступа к ядовитым препаратам, на уровне выборочной профилактики — терапия для больных с зависимостями и личностными расстройствами, а на уровне указывающей профилактики — терапия для больных с суицидальным поведением. Была показана высокая эффективность таких мер профилактики, как ограничение доступа к средствам осуществления суицида и обучение «контролеров» (людей, которые распознают признаки суицидального поведения у других и оказывают им помощь) [13].

Вредными признаются следующие меры профилактики: терапия восстановления подавленных воспоминаний, повышение осведомленности школьников о суициде, сообщения о суицидах в СМИ и «контракты» (пациент подписывает документ, не имеющий легальной силы, о том, что не совершит суицид в определенный промежуток времени). Особенно проблематична профилактика суицида у подростков и молодежи: существуют сомнения в эффективности как фармакологических, так и образовательных программ [21].

На настоящем этапе наблюдается дефицит программ профилактики самоповреждающего поведения. К наиболее известным превентивным мероприятиям относятся:

— «вторичная» профилактика самоповреждающего поведения, в рамках которой пациентам клиник предоставляется помощь по телефону от терапевтов-стажеров (Morgan, Jones, Owen, 1993);

— когнитивно-ориентированная программа для школ, в рамках которой школьникам предоставляли информацию о копинг-стратегиях и дистрессе, обучали их навыкам адаптивного совладания и давали домашние задания на преодоление негативных иррациональных убеждений (Klingman, Hochdorf, 1993);

— программа «Знаки самоповреждения», когда учителей обучают узнавать признаки того, что данный студент совершает самоповреждения, они также читают студентам лекции о том, как помочь сверстникам с СП (Jacobs et al., 2009).

Две из трех данных программ были разработаны специально для учебных заведений, что отвечает одному из факторов риска СП — подростковому и юношескому возрасту.

Разрабатывая программу профилактики СП для школ, следует учесть целевую группу (все школьники, группы риска, школьники в стрессовых ситуациях, например, при переходе из средней школы в высшую) и уровень вмешательства (индивидуальная работа, работа с классом, педагогическим составом, семьями, обществом в целом).

Программа профилактики должна отвечать следующим требованиям.

1. Основываться на теоретической и эмпирической базе.
2. Не только предотвращать нежелательное поведение, но и разрабатывать адаптивные навыки.
3. Работать на нескольких уровнях.
4. Иметь необходимую продолжительность и силу воздействия для оказания эффекта.
5. Увеличивать поддержку со стороны значимых других.
6. Максимально задействовать участников программы за счет межгрупповых семинаров, обсуждений и обмена информацией.

7. Включать методики измерения изменений психологических процессов, на которые направлена программа.

8. Быть экономически выгодной для возможности длительного проведения данной программы [21].

Согласовывая программу и целевую группу, следует учитывать:

— культурную специфику группы (это особенно актуально для субкультур, в которых самоповреждение используется для создания групповой идентичности и коммуникации с другими членами группы);

— контекст (особенности школьной среды);

— уровень развития подростков (например, их стремление к независимости в отношениях с родителями и соответствующие проблемы в коммуникации с ними);

— траекторию формирования нежелательного поведения (для того, чтобы успеть провести программу до того, как оно сформируется).

К неэффективным способам профилактики относят массовое распространение информации о самоповреждении (на школьных собраниях или в информационных буклетах) и использование графических материалов тревожащего и шокирующего содержания [21].

В качестве направлений превенции самоповреждающего поведения также выделяют: 1) укрепление привязанности в младенческом возрасте; 2) укрепление семейных отношений в подростковом возрасте; 3) создание позитивных моделей себя и других (работа с самооценкой и оценкой межличностных отношений); 4) создание неформальных межличностных связей с другими подростками [28]. Превентивные мероприятия рекомендуют проводить для школьников в рамках работы кабинета школьного психолога-консультанта [21] и в группах повышенного риска.

Резюмируя вышесказанное, следует отметить, что разработка программы профилактики самоповреждающего поведения должна быть системной, учитывать влияние и взаимодействие различных факторов: социальных (например, социальное неблагополучие), гендерных, возрастных (подростково-юношеский период наиболее уязвим к самоповреждениям), психологических (дисфункциональная Я-концепция, нарушенная регуляция эмоций, тревожность и нейротизм и т. п.). Обязательным условием разработки такой программы является ее комплексность, что означает сочетание разных форм работы с разными целевыми группами: информационно-обучающая — с педагогами, медицинским персоналом и родителями; обучающая — с психологами, работающими с группами риска по самоповреждающему поведению; психолого-развивающая — с подростками и взрослыми из группы риска по самоповреждающему поведению; информационно-аналитическая — с административными и государственными структурами.



### *Благодарности*

Статья подготовлена при поддержке РГНФ (проект № 16-06-01098 «Эмоциональная саморегуляция в структуре самоповреждающего поведения»).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Горчакова В.А., Холмогорова А.Б., Палин А.В., Арбузова Л.А. Травматический стресс у пациентов с хроническим суицидальным поведением и чертами пограничного личностного расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Том 22. № 2. С. 119—139.
2. Кернберг О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях: пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 367 с.
3. Меннингер К. Война с самим собой: пер. с англ. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 480 с.
4. Польская Н.А. Зависимость частоты и характера несуицидальных самоповреждений от пола и возраста (в неклинической популяции) // Вопросы психологии. 2015. № 1. С. 97—109.
5. Польская Н.А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 2 (81). С. 140—152.
6. Польская Н.А. Эмоциональная саморегуляция у пациентов с пограничными психическими расстройствами // Горизонты зрелости. Сборник тезисов участников Пятой всероссийской научно-практической конференции по психологии развития / Под ред. Л.Ф. Обухова, И.В. Шаповаленко, М.А. Одинцова. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. С. 467—469.
7. Толстых Н.Н. Современное взросление // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Том 23. № 4. С. 7—24. doi:10.17759/cprp.2015230402
8. Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г. Культура и патология: побочные эффекты социализации // Национальный психологический журнал. 2006. № 3. С. 20—27.
9. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия А. Бека и культурно-историческая психология // Консультативная психология и психотерапия. 2011. № 2. С. 20—33.
10. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2. URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2012\\_2\\_13/nomer/nomer11.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php) (дата обращения: 09.03.2016).
11. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Горошкова Д.А., Мельник А.М. Суицидальное поведение в студенческой популяции // Культурно-историческая психология. 2009. № 3. С. 101—110.
12. Эриц-Нафтульева Ю.М., Жесткова Е.Б. Проведение процедуры «функциональный анализ поведения» // Аутизм и нарушения развития. 2014. Т. 12. № 4. С. 24—31.
13. Bertolote J.M. Prevention of Suicidal Behaviors // The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury / М.К. Nock (ed.). New York, Oxford: Oxford University Press, 2014. P. 355—366.

14. Carr E.G., Durand V.M. Reducing behavior problems through functional communication training // Journal of applied behavior analysis. 1985. Vol. 18 (2). P. 111—126. doi: 10.1901/jaba.1985.18—11
15. Davidson K.M. et al. Manual-assisted cognitive therapy for self-harm in personality disorder and substance misuse: a feasibility trial // Psychiatric Bulletin. 2014. Vol. 38 (3). P. 108—111. doi: 10.1192/pb.bp.113.043109
16. Evans K. et al. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm // Psychological medicine. 1999. Vol. 29 (01). P. 19—25. doi: 10.1017/S003329179800765X
17. Favazza A.R. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Second Edition. Baltimore; London: The Johns Hopkins University Press, 1996. 373 p.
18. Gordon R. An operational classification of disease prevention // Preventing mental disorders / J.A. Steinberg & M.M. Silverman (eds.). Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 1987. P. 20—26.
19. Gratz K.L. Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury // Journal of Clinical Psychology. 2007. Vol. 63 (11). P. 1091—1103. doi: 10.1002/jclp.20417
20. Hawton K. et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016. № 5. doi: 10.1002/14651858.CD012189
21. Heath N.L., Toste J.R., MacPhee S.D. Prevention of Nonsuicidal Self-Injury // The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury / M.K. Nock (ed.). New York, Oxford: Oxford University Press, 2014. P. 397—408.
22. Kissil K. Attachment-based family therapy for adolescent self-injury // Journal of Family Psychotherapy. 2011. Vol. 22 (4). P. 313—327. doi: 10.1080/08975353.2011.627801
23. Klonsky E.D., Muehlenkamp J.J. Self-injury: A research review for the practitioner // Journal of clinical psychology. 2007. Vol. 63 (11). P. 1045—1056. doi: 10.1002/jclp.20412
24. Leavell H.R., Clark E.G. et al. Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach. McGraw-Hill, 1965.
25. Linehan M.M. et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder // Archives of general psychiatry. 2006. Vol. 63 (7). P. 757—766. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757
26. Martens W.H.J. Effectiveness of Psychodynamic Treatment in Patients with Borderline Personality Disorder // Journal of Contemporary Psychotherapy. 2006. Vol. 36 (4). P. 167—173. doi: 10.1007/s10879-006-9021-1
27. Smith N.B., Kouros C.D., Meuret A.E. The role of trauma symptoms in nonsuicidal self-injury // Trauma, Violence, & Abuse. 2014. Vol. 15 (1). P. 41—56. doi: 10.1177/1524838013496332
28. Tainell R., Kelada L., Hasking P., Martin G. Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors // Journal of abnormal child psychology. 2014. Vol. 42 (6). P. 885—896. doi: 10.1007/s10802-013-9837-6
29. Yip K.A. Multi-Dimensional Perspective of Adolescents' Self-Cutting // Child and Adolescent Mental Health. 2005. Vol. 10 (2). P. 80—86. doi: 10.1111/j.1475-3588.2005.00122.x

## MODELS OF CORRECTION AND PREVENTION OF SELF-INJURIOUS BEHAVIOR

N.A. POLSKAYA\*,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow Institute  
of Psychoanalysis, Moscow, Russia, polskayana@yandex.ru

We present a review of models of correction of self-injurious and suicidal behavior. Cognitive-behavioral approach includes cognitive-behavioral therapy, acceptance-based group therapy focused on enhancing emotional regulation and rising emotional awareness, dialectical behavioral therapy directed at rising emotional awareness, improving interpersonal relationships and teaching adaptive ways of coping with emotions, functional analysis and functional communication training. Psychodynamic approach includes mentalized-based treatment, transference-focused psychotherapy, psychoanalytic psychotherapy, and cognitive-analytic therapy. Model of family therapy based on theory of attachment and multilevel model of intervention are considered. We discuss general and specific aspects of prevention of self-injury in clinical and normal populations. Requirements for the development of self-injury prevention programs for schools are listed.

**Keywords:** self-injurious behavior, suicidal behavior, correction, prevention.

### *Acknowledgements*

This article was prepared with the financial support of the Russian Foundation for Humanities (project № 16-06-01098 “Emotional self-regulation in the structure of self-injurious behavior”).

### REFERENCES

1. Gorchakova V.A., Kholmogorova A.B., Palin A.V., Arbuzova L.A. Travmaticheskiy stress u patsientov s khronicheskim suitsidal'nym povedeniem i chertami pogrannichnogo lichnostnogo rasstroistva [Traumatic stress in patients with chronic suicidal behavior and characteristics of borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2014, no. 2, pp. 119–139. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Kernberg O.F. Agressiya pri rasstroistvakh lichnosti i perversiyakh: per. s angl. [Aggression in Personality Disorders and Perversions]. M.: Nezavisimaya firma “Klass”, 1998. 367 p. (In Russ.).

### **For citation:**

Polskaya N.A. Models of Correction and Prevention of Self-Injurious Behavior. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 110–125. doi: 10.17759/cpp.20162403007. (In Russ., abstr. in Engl.)

\* *Polskaya Natalia Anatolievna*, Associate Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Counseling and Clinical Psychology Department, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: polskayana@yandex.ru

3. Menninger K. Voina s samim soboi: per. s angl. [Man against Himself]. M.: EKS-MO-Press, 2000. 480 p. (In Russ.).
4. Polskaya N.A. Zavisimost' chastoty i kharaktera nesuitsidal'nykh samopovrezhdenii ot pola i vozrasta (v neklinicheskoi populyatsii) [The frequency and nature of non-suicidal self-injury by age and gender (in non-clinical population)]. *Voprosy psikhologii* [Voprosy psikhologii], 2015, no. 1, pp. 97—109. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Polskaya N.A. Prichiny samopovrezhdeniya v yunosheskom vozraste (na osnove shkaly samootcheta) [The reasons for self-injury in youth (based on a self-report scale)]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014, no. 2 (81), pp. 140—152. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Polskaya N.A. Emotsional'naya samoregulyatsiya u patientsov s pograničnymi psikhicheskimi rasstroistvami [Emotional self-regulation of patients with borderline personality disorders] // *Gorizonty zrelosti. Sbornik tezisev uchastnikov Pyatoi vsereossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii po psikhologii razvitiya* [Maturity horizons: 5st Russian national scientific and practical conference in developmental psychology: Proceedings]. Moscow: GBOU VPO MGPPU, 2015, pp. 467—469.
7. Tolstykh N.N. Sovremennoe vzroslenie [Modern maturation] // *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2015, no. 4, pp. 7—24. doi:10.17759/cpp.2015230402 (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Tkhostov A.Sh., Surnov K.G. Kul'tura i patologiya: pobochnye efekty sotsializatsii [Culture and pathology: side effects of socialization]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal* [National Psychological Journal], 2006, no. 1, pp. 20—27.
9. Kholmogorova A.B. Kognitivnaya psikhoterapiya A. Beka i kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cognitive psychotherapy of A. Beck and cultural-historical psychology of L. Vygotsky]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2011, no. 2, pp. 20—33. (In Russ., abstr. in Engl.).
10. Kholmogorova A.B., Volikova S.V. Osnovnye itogi issledovaniya faktorov suitsidal'nogo riska u podrostkov na osnove psikhosotsial'noi mnogofaktornoj modeli rasstroistv affektivnogo spektra [The main results of studies of suicide risk factors in adolescents based on a multifactor model of psychosocial affective spectrum disorders] [Elektronnyi resurs]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* [Medical psychology in Russia: the electron. scientific. journal], 2012, no. 2. URL:[http://www.medpsy.ru/mprij/archiv\\_global/2012\\_2\\_13/nomer/nomer11.php](http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php) (Accessed 09.03.2016).
11. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Goroshkova D.A., Mel'nik A.M. Suitsidal'noe povedenie v studencheskoi populyatsii [Suicidal behavior in the student population]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-Historical Psychology]. 2009, no. 3, pp. 101—110. (In Russ., abstr. in Engl.).
12. Erts-Naftuleva Yu.M., Zhestkova E.B. Provedenie protsedury «funktional'nyi analiz povedeniya» [Using functional behavior analysis procedure to determine causes of self-injurious behavior in a child with ASD]. *Autizm i narusheniya razvitiya* [Autism and Developmental Disorders], 2014, no. 4, pp. 24—31. (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Bertolote J.M. Prevention of Suicidal Behaviors. In M.K. Nock (ed.). *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. New York, Oxford: Oxford University Press, 2014, pp. 355—366.

14. Carr E.G., Durand V.M. Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of applied behavior analysis*, 1985. Vol. 18, no. 2, pp. 111—126. doi: 10.1901/jaba.1985.18-11
15. Davidson K.M. et al. Manual-assisted cognitive therapy for self-harm in personality disorder and substance misuse: a feasibility trial. *Psychiatric Bulletin*, 2014. Vol. 38, no. 3, pp. 108—111. doi: 10.1192/pb.bp.113.043109
16. Evans K. et al. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological medicine*, 1999. Vol. 29, no. 01, pp. 19—25. doi: 10.1017/S003329179800765X
17. Favazza A.R. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Second Edition. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996, 373 p.
18. Gordon R. An operational classification of disease prevention. In J. A. Steinberg & M. M. Silverman (eds.). Preventing mental disorders. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 1987, pp. 20—26.
19. Gratz K.L. Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 2007. Vol. 63, no. 11, pp. 1091—1103. doi: 10.1002/jclp.20417
20. Hawton K. et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, no 5. Art. No.: CD012189. doi: 10.1002/14651858.CD012189
21. Heath N.L., Toste J.R., MacPhee S.D. Prevention of Nonsuicidal Self-Injury In M.K. Nock (ed.). *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. New York, Oxford: Oxford University Press 2014, pp. 397—408.
22. Kissil K. Attachment-based family therapy for adolescent self-injury. *Journal of Family Psychotherapy*, 2011. Vol. 22, no. 4, pp. 313—327. doi: 10.1080/08975353.2011.627801
23. Klonsky E.D., Muehlenkamp J.J. Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 2007. Vol. 63, no. 11, pp. 1045—1056. doi: 10.1002/jclp.20412
24. Leavell H.R., Clark E.G. et al. Preventive Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach. McGraw-Hill, 1965.
25. Linehan M.M. et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 2006. Vol. 63, no. 7, pp. 757—766. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757
26. Martens W.H.J. Effectiveness of Psychodynamic Treatment in Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2006. Vol. 36, no. 4, pp. 167—173. doi: 10.1007/s10879-006-9021-1
27. Smith N.B., Kouros C.D., Meuret A.E. The role of trauma symptoms in nonsuicidal self-injury. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2014. Vol. 15, no. 1, pp. 41—56. doi: 10.1177/1524838013496332
28. Tatnell R., Kelada L., Hasking P., Martin G. Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of abnormal child psychology*, 2014. Vol. 42, no. 6, pp. 885—896. doi: 10.1007/s10802-013-9837-6
29. Yip K.A. Multi-Dimensional Perspective of Adolescents' Self-Cutting. *Child and Adolescent Mental Health*, 2005. Vol. 10, no. 2, pp. 80—86. doi: 10.1111/j.1475-3588.2005.00122.x

## ОПРОСНИК ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ УБЕЖДЕНИЙ ПРИ ПОГРАНИЧНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ (РВQ-ВРD): АДАПТАЦИЯ ДЛЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЫБОРКИ

М.А. КОНИНА\*,

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей  
и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения  
города Москвы», Москва, Россия, muza-@list.ru

А.Б. ХОЛМОГорова\*\*,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии —  
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,  
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, kholmogorova@yandex.ru

В статье представлены результаты адаптации опросника дисфункциональ-  
ных убеждений при пограничном расстройстве личности РВQ-ВРD, разра-

### Для цитаты:

Кони́на М.А., Холмогорова А.Б. Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (РВQ-ВРD): адаптация для русскоязычной выборки // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 126—143. doi: 10.17759/cpp.20162403008

\* Кони́на Муза Александровна, клинический психолог, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, muza-@list.ru

\*\* Холмогорова Алла Борисовна, доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии, Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России; декан факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, kholmogorova@yandex.ru

ботанного Э. Батлером с соавторами, в русскоязычной выборке 608 человек. Подтверждена исходная трехфакторная структура RBQ-BPD в выборке из 543 пользователей интернета. Показано, что 14 пунктов образуют три субшкалы: недоверия (отражает убеждения, связанные с ожиданием эксплуатации и предательства), зависимости (проявляется в убеждениях, связанных с ощущением беспомощности без постоянной поддержки) и защиты (выявляет установки о необходимости предупредительных шагов по предотвращению возможной эксплуатации или отвержения). Конвергентная валидность RBQ-BPD была проверена в группе из 85 человек очно (35 пациентов с диагностированными расстройствами шизоаффективного спектра и 50 мужчин с неограниченным сексуальным поведением/промискуитетом) с помощью опросника, измеряющего выраженность психопатологической симптоматики, SCL-90-R: установлены множественные значимые связи между факторами RBQ-BPD и психопатологическими проявлениями по шкале SCL-90-R. Внутренняя согласованность и расщепленная надежность шкалы были проверены в выборке 608 человек, и составили 0,893 и 0,784 соответственно. Ретестовая надежность опросника была установлена в группе из 30 человек и составляет 0,754.

**Ключевые слова:** валидизация, опросник дисфункциональных убеждений RBQ-BPD, пограничное расстройство личности, факторная структура, факторная валидность, интеркорреляционная валидность, ретестовая надежность.

## **Скрининговые опросники в психотерапевтической практике и психологических исследованиях**

В психотерапевтической практике важную роль играют компактные скрининговые опросники (например, шкалы депрессии и тревоги А. Бека — по 21 пункту в каждой). Такие методики позволяют оперативно диагностировать расстройство, оценить степень тяжести состояния пациента, принять решение о стратегиях работы с ним, в частности, о возможной необходимости бригадной помощи; могут быть полезны для установления контакта с пациентом, помогают уже на первой встрече задать «сложные» вопросы (например, об отвращении к себе или потере сексуального интереса — в соответствии с пунктами шкалы депрессии А. Бека) в той форме, которая сама по себе объяснит пациенту необходимость обсуждения ряда тем, ключевых для его состояния. В зависимости от целей некоторые ответы могут быть развернуты в терапевтический диалог.

Компактные опросники востребованы и широко применяются в психологических исследованиях. Так, из 16 исследований, опубликованных в журнале «Консультативная и клиническая психология» в

2013—2014 гг., опросники депрессии и/или тревоги А. Бека были включены в 7 (44 %) исследований<sup>1</sup>.

Существует острая потребность в новых валидных компактных инструментах для диагностики личностной патологии, выявление которой представляет большую сложность. Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности PBQ-BPD (Personality Belief Questionnaire — Borderline Personality Disorder) переведен на русский язык и апробирован в диссертационной работе Максимова А.М. [4], выполненной под руководством Холмогоровой А.Б., а затем был включен авторами данной статьи в методический комплекс исследования промискуинного поведения, в ходе которого была подтверждена его факторная структура [1].

Актуальность валидации опросника PBQ-BPD обусловлена, с одной стороны, потребностью именно в компактных опросниках, а с другой — нехваткой валидных русскоязычных опросников для диагностики расстройств личности, в частности, пограничного (ПРЛ). Распространенность пограничного расстройства личности в популяции высокая — около 23% [2], из этих людей до 75% склонны к аутодеструктивному, в том числе суицидальному поведению [3]. Установление диагноза ПРЛ по клиническим критериям в отечественной медицине на сегодняшний день затруднено в связи с недостатком диагностических инструментов [2].

Основной недостаток существующих опросников, по мнению создателя первого отечественного опросника для диагностики ПРЛ — «Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы “А”» Т.Ю. Ласовской, заключается в «большом количестве вопросов», при этом разработанный в ее исследовании опросник включает 80 вопросов, т. е. также не является достаточно компактным [2].

Хотя, как известно, ни один опросник сам по себе не позволяет установить диагноз, он может стать важной основой для выдвижения и проверки гипотез на этот счет. Предлагаемый опросник, включающий набор типичных для ПРЛ дисфункциональных убеждений, позволяет не только оценить выраженность тех или иных убеждений, но и наметить цели терапии, связанные с перестройкой дисфункциональных убеждений пациента.

## **Общая характеристика опросника PBQ-BPD**

Опросник PBQ-BPD — это один из нескольких опросников, созданных на основе шкалы дисфункциональных убеждений при расстройствах личности PBQ (Beck, 1990), путем выделения из шкал опросника

---

<sup>1</sup> Консультативная психология и психотерапия. 2013—2014. № 1—4.



РВQ тех пунктов, которые характеризуют убеждения при пограничном расстройстве личности (BPD/ПРЛ) [8].

Полная версия опросника (Personality Belief Questionnaire) создана Аароном Беком на основании анализа случаев: большинство вошедших в структуру РВQ пунктов были получены путем выявления сходных убеждений, свойственных пациентам с одним типом расстройств личности. В эксперименте приняли участие 288 пациентов центра когнитивной терапии в Университете Пенсильвании: 84 — с диагнозом ПРЛ, 204 — с диагнозом других расстройств личности.

Пациенты были произвольно и равномерно распределены на две группы, с одинаковой пропорцией мужчин и женщин, и обследованы. На материале данных, полученных в этих двух группах, выявлялись вопросы, которые отличают специфику дисфункциональных убеждений при ПРЛ от факторов других расстройств личности. В результате соответствующих процедур из 126 пунктов РВQ были выделены 14 внутренне согласованных пунктов РВQ-BPD (альфа=0,89), с помощью которых можно выделить пациентов с ПРЛ: они набирали больше баллов по шкале РВQ-BPD, нежели по другим шкалам РВQ [8].

До 2008 г. опросник РВQ-BPD позволял произвести подсчет общего балла или баллов по отдельным пунктам опросника [7]. Факторную структуру опросника исследовали Bhar S.S., Gregory K.B., Beck A.T. [7] в 2008 г.: в результате исследования в опроснике были выделены три субшкалы: недоверия (отражающая убеждения о том, что другие люди не заслуживают доверия и склонны эксплуатировать других), зависимости (отражающая представления о самом себе, как о нуждающемся, беспомощном и полагающемся на постоянную поддержку других) и защиты (выявляющая убеждения о том, что необходимы предупредительные меры с целью защитить себя от неблагоприятных межличностных отношений или действий, таких как игнорирование, отвержение или эмоциональная агрессия).

В этой же работе была показана интеркорреляционная валидность опросника. Фактор зависимости показал значимую связь с фактором безнадежности, факторы зависимости и защиты — значимые корреляции с факторами депрессии (для установления интеркорреляционной валидности разработчиками были выбраны шкалы депрессии (EDI; Beck, Steer, Brown, 1996), суицидальных наклонностей (SSI; Beck, Kovacs, Weissman, 1979), безысходности (BHS)) [цит. по: [7].

### **Факторизация опросника РВQ-BPD в русскоязычной выборке**

Русскоязычная версия шкалы РВQ-BPD была апробирована Максимовым А.М., Холмогоровой А.Б. [4]; факторная валидность опросника подтверждена Кониной М.А., Холмогоровой А.Б., Сороковой М.Г. [1] в

выборке 493 пользователя интернета — данные собраны с помощью специального сайта, где испытуемым предлагалось ответить на вопросы ВРQ-ВРD, выбрав один из четырех вариантов ответа. Факторный анализ с использованием метода главных компонент и вращения факторов методом Варимакс подтвердил вышеописанную трехфакторную структуру опросника [7], включающую фактор недоверия (вопросы 10—14), фактор зависимости (вопросы 4—7), фактор защиты (вопросы 1—3, 8—9) [1].

В табл. 1 представлены нагрузки каждого пункта в субшкалах опросника в расширенной выборке пользователей интернета (N=543), в которую вошли 285 мужчин и 258 женщин. Распределение пунктов соответствует полученному в выборке из 493 человек и еще раз подтверждает исходную трехфакторную структуру опросника.

Однако распределение вопросов по факторам является несколько иным, чем в англоязычном варианте. Вопросы 1 и 2 получили наибольшую факторную нагрузку для субшкалы «защита», и были перенесены. По версии разработчиков, пункты 1, 2 (4, 9 соответственно в исходной версии ВВQ) входили в субшкалу «недоверие», однако были исключены из опросника при проверке интеркорреляционных связей, поскольку имели практически одинаковые нагрузки для двух факторов [8, р. 170—171] (вернемся к этим вопросам при обсуждении результатов).

Таблица 1  
Факторные нагрузки пунктов опросника Э. Батлера ВВQ-ВРD  
в выборке N=543

№	Наименование пункта	Факторные нагрузки		
		1. Недоверие	2. Зависимость	3. Защита
1	Если люди узнают меня поближе, они поймут, какой я на самом деле, и отвергнут меня. <i>If people get close to me, they will discover the real me and reject me<sup>2</sup> (4)</i>	0,041	0,361	0,510
2	Неприятные чувства будут расти и выйдут из-под контроля. <i>Unpleasant feelings will escalate and get out of control (9)</i>	0,098	0,188	0,383

<sup>2</sup> Номера пунктов — из исходной версии опросника дисфункциональных убеждений для расстройств личности А. Бека ВВQ.

№	Наименование пункта	Факторные нагрузки		
		1. Недоверие	2. Зависимость	3. Защита
3	Любые признаки напряжения в отношениях говорят о том, что отношения портятся, и тогда следует прекратить их. <i>Any signs of tension in a relationship indicate that the relationship has gone bad: therefore I should cut it off (13)</i>	0,027	-0,008	<b>0,728</b>
4	Я несостоятелен и слаб. <i>I am needy and weak (15)</i>	0,028	<b>0,657</b>	0,310
5	Мне нужно, чтобы возле меня был кто-то, кто всегда помогал бы мне, а также на случай, если произойдет что-то плохое. <i>I need somebody around available at all times to help me carry out what I need to do or in case something bad happens (16)</i>	0,133	<b>0,759</b>	0,036
6	Я беспомощен, если остаюсь один. <i>I am helpless when left on my own (18)</i>	0,062	<b>0,812</b>	0,115
7	Я не могу справляться со всем, как другие. <i>I can't cope as other people can (27)</i>	0,111	<b>0,730</b>	0,226
8	Люди причинят мне зло, если я не опережу их и не причину зло им. <i>People will get me if I don't get them first (60)</i>	0,287	0,164	<b>0,592</b>
9	На меня обратят внимание, только если я буду вести себя экстремальным образом. <i>People will pay attention only if I act in extreme ways (97)</i>	0,184	0,158	<b>0,606</b>
10	Я не могу доверять другим людям. <i>I cannot trust other people (113)</i>	<b>0,677</b>	0,071	0,345
11	Мне всегда нужно быть начеку. <i>I have to be on guard at all times (116)</i>	<b>0,711</b>	0,082	0,263
12	Люди обманут и используют меня, если только я дам им шанс. <i>People will take advantage of me if I give them a chance (119)</i>	<b>0,745</b>	0,150	0,216

№	Наименование пункта	Факторные нагрузки		
		1. Недоверие	2. Зависимость	3. Защита
13	Люди часто говорят одно, а подразумевают что-то другое. <i>People often say one thing and mean something else (125)</i>	<b>0,721</b>	0,064	-0,016
14	Близкий мне человек может оказаться неверным и предать меня. <i>A person whom I am close to could be disloyal or unfaithful (126)</i>	<b>0,849</b>	0,041	-0,002

**Проверка интеркорреляционной валидности опросника:  
 взаимосвязи между факторами опросника ВРQ-ВРD  
 и показателями разных видов психопатологической симптоматики  
 по шкале SCL-90-R**

Для проверки интеркорреляционной валидности опросника была выбрана шкала SCL-90-R, адаптированная для русскоязычной выборки [5]. *Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Derogatis, 1976)* состоит из 90 пунктов и предназначен для оценки психологического симптоматического статуса у широкого круга лиц — от группы нормы до пациентов с различными заболеваниями и расстройствами (больных общего профиля, индивидов с психиатрическими расстройствами и др.). Опросник включает следующие шкалы: SOM (соматизация), OC (обсессивно-компульсивных нарушений), INT (межличностной чувствительности), DEP (депрессии), ANX (тревоги), NOS (враждебности, агрессивности), PNOB (фобической тревоги), PAR (параноидного мышления), PSY (психотизма). Кроме того, подсчитываются три обобщенных индекса дистресса: GSI (текущее состояние и глубина расстройства), PST (общее число утвердительных ответов), PSDI (индекс интенсивности психопатологических проявлений). Семь пунктов не попадают ни под одно определение симптоматических расстройств, не объединены между собой и не попали ни в одну шкалу, но подсчитываются в общей обработке теста [5; 6].

Корреляции между факторами опросников ВРQ-ВРD и SCL-90-R были получены в смешанной выборке пациентов с расстройствами шизоаффективного спектра (35 человек) и мужчин с особенностями сексу-

ального поведения (промискуитет) (50 человек), всего 85 человек, среди них 26 женщин и 74 мужчин. Испытуемые были обследованы очно.

В табл. 2 представлены все значимые связи, полученные между шкалами двух опросников в данной выборке. Как видно из таблицы, наибольшее число значимых связей получено между фактором «зависимость» опросника PBQ-BPD и факторами опросника SCL-90-R, а также между общим показателем PBQ-BPD и факторами опросника SCL-90-R. Принципиально важной является значимая связь между индексами, характеризующими общую тяжесть психопатологии по шкале SCL-90-R, и суммарным баллом, а также всеми тремя факторами опросника PBQ-BPD.

Таблица 2

**Значение коэффициентов корреляции между факторами опросника PBQ-BPD и факторами опросника SCL-90-R в выборке (N=85) пациентов с расстройствами шизоаффективного спектра и мужчин с промискуинным сексуальным поведением**

Коэффициент корреляции Спирмена				
SCL-90-R	PBQ-BPD			
	Недоверие	Зависимость	Защита	ПРЛ
SOM Соматизация		0,357**		
OC Обсессивно-компульсивные нарушения		0,544**	0,234*	0,373**
INT Интерперсональная чувствительность	0,389**	<b>0,513**</b>	0,441**	<b>0,571**</b>
DEP Депрессия		0,618**		0,333**
ANX Тревога		0,495**		0,293**
HOS Враждебность/агрессивность	0,394**	0,309**	0,291**	0,435**
PNOB Фобическая тревога		0,409**		
PAR Параноидное мышление	<b>0,604**</b>	0,281**	<b>0,561**</b>	<b>0,643**</b>

Коэффициент корреляции Спирмена				
SCL-90-R	PBQ-BPD			
	Недоверие	Зависимость	Защита	ПРЛ
PSY Психотизм	0,308**	<b>0,509**</b>	0,295**	0,468**
Дополнительная шкала	0,259**	0,331**		0,332**
GSI Текущее состояние и глубина расстройств	0,233**	<b>0,574**</b>	0,278**	<b>0,447**</b>
PSDI Индекс интенсивности психопатологических про- явлений		0,322**		0,243**

*Примечание:* 1) «\*» корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя); 2) «\*\*» — корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

Наиболее сильные значимые связи (выделены в таблице) получены между факторами зависимости (PBQ-PBD) и показателями по субшкалам депрессии (DEP/SCL) и психотизма (PSY/SCL); между факторами недоверия, общей выраженностью пограничной симптоматики (PBQ-PBD) и показателями по субшкале параноидного мышления (PAR/SCL).

### Определение надежности и внутренней согласованности опросника ВРQ-ВРD

Ретестовая надежность опросника проверялась в популяционной группе из 30 человек в возрасте от 21 до 58 лет, из них 13 мужчин (43%) и 17 женщин (57%). Средний возраст составил 34 года. Большая часть выборки (93%) состояла из мужчин и женщин, имеющих высшее образование, оставшаяся часть группы имела неоконченное высшее образование. Время между замерами, проведенными на группе, — в среднем 2—4 месяца. Результаты заполнения опросника дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD) были обработаны с помощью критерия Т-Уилкоксона для двух зависимых выборок и представлены в табл. 3.

Приведенные в таблице данные позволяют говорить о том, что между данными первого и второго срезов нет статистически значимых различий ни по одному из факторов данного опросника.

Таблица 3

**Выявление различий по критерию знаковых рангов Т-Уилкоксона для факторов опросника РВQ-ВРD в двух срезах популяционной выборки N=30**

Пункты, факторы	1-й срез. М (SD), N=30	2-й срез. М (SD), N=30	Уровень значимости (критерий Т-Уилкоксона)
ВРQ_1	0,6 (1,0)	0,5 (0,9)	0,732
ВРQ_2	1,5 (1,3)	1 (1,1)	0,137
ВРQ_3	0,5 (0,8)	0,8 (1)	0,116
ВРQ_4	0,6 (1,1)	0,4 (0,9)	0,329
ВРQ_5	1 (1)	1,1 (1)	0,536
ВРQ_6	0,1 (0,3)	0,2 (0,5)	0,102
ВРQ_7	1 (1,2)	0,7 (1)	0,101
ВРQ_8	0,4 (0,8)	0,4 (0,9)	0,792
ВРQ_9	0,7 (0,8)	0,8 (1)	0,414
ВРQ_10	1,2 (1,1)	1,2 (1,2)	1,000
ВРQ_11	1,5 (1,4)	1,7 (1,5)	0,134
ВРQ_12	1 (1)	1,1 (1,2)	0,861
ВРQ_13	2,5 (1)	2,4 (1)	0,600
ВРQ_14	2,1 (1,2)	1,7 (1)	0,058
Недоверие	8,4 (3,9)	8,2 (4,4)	0,810
Зависимость	2,7 (2,8)	2,5 (2,5)	0,907
Защита	3,6 (3,4)	3,7 (3,3)	0,860
ПРЛ	14,7 (9)	14,3 (9,2)	0,959

*Примечание:* М — среднее значение, SD — стандартное отклонение.

Как видно из табл. 4, проведенный корреляционный анализ показывает, что между факторами (недоверие, зависимость, защита и суммарный индекс ПРЛ) существуют достоверные корреляционные связи. Таким образом, подтверждается тест-ретестовая надежность опросника. Также существуют значимые корреляционные связи между всеми пунктами опросника, кроме пункта ВРQ\_9: «На меня обратят внимание, только если я буду вести себя экстремальным образом».

Таблица 4

**Значение коэффициентов корреляции Спирмена между факторами опросника PBQ-BPD в двух срезах популяционной выборки (N=30)**

Пункты, факторы	1-й срез. M (SD), N=30	2-й срез. M (SD), N=30	Коэффициент корреляции Спирмена
BPQ_1	0,6 (1,0)	0,5 (0,9)	<b>0,509**</b>
BPQ_2	1,5 (1,3)	1 (1,1)	<b>0,398**</b>
BPQ_3	0,5 (0,8)	0,8 (1)	<b>0,377**</b>
BPQ_4	0,6 (1,1)	0,4 (0,9)	<b>0,402**</b>
BPQ_5	1 (1)	1,1 (1)	<b>0,549**</b>
BPQ_6	0,1 (0,3)	0,2 (0,5)	<b>0,424**</b>
BPQ_7	1 (1,2)	0,7 (1)	<b>0,638**</b>
BPQ_8	0,4 (0,8)	0,4 (0,9)	<b>0,611**</b>
BPQ_9	0,7 (0,8)	0,8 (1)	0,252
BPQ_10	1,2 (1,1)	1,2 (1,2)	<b>0,846**</b>
BPQ_11	1,5 (1,4)	1,7 (1,5)	<b>0,879**</b>
BPQ_12	1 (1)	1,1 (1,2)	<b>0,523**</b>
BPQ_13	2,5 (1)	2,4 (1)	<b>0,562**</b>
BPQ_14	2,1 (1,2)	1,7 (1)	<b>0,543**</b>
Недоверия	8,4 (3,9)	8,2 (4,4)	<b>0,791**</b>
Зависимость	2,7 (2,8)	2,5 (2,5)	<b>0,646**</b>
Защита	3,6 (3,4)	3,7 (3,3)	<b>0,426**</b>
ПРЛ	14,7 (9)	14,3 (9,2)	<b>0,754**</b>

*Примечание:* 1) M — среднее значение, SD — стандартное отклонение; 2) «\*\*» — корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

Определение расщепленной надежности теста проводилось в смешанной выборке 600 человек вычислением корреляции по Спирмену между результатами, полученными от каждой из половин теста. Корреляция составила 0,784, что подтверждает расщепленную надежность (табл. 5).

Внутренняя согласованность пунктов итоговой шкалы PBQ-BPD была проверена в смешанной выборке 600 человек. Альфа Кронбаха по опроснику составляет 0,893, что показывает высокую согласованность. При удалении любого из пунктов (за исключением пункта BPQ\_13, при удале-



Таблица 5

**Значение коэффициентов корреляции Спирмена между двумя частями  
опросника PVQ-BPD в выборке N=600**

Коэффициент корреляции Спирмена	
	BPQ_2+ BPQ_4+ BPQ_6+ BPQ_8+ BPQ_10+ BPQ_12+ BPQ_14
BPQ_1+ BPQ_3+ BPQ_5+ BPQ_7+ BPQ_9+ BPQ_11+ BPQ_13	<b>0,784**</b>

*Примечание:* «\*\*» — корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

нии которого альфа Кронбаха остается прежней) альфа Кронбаха уменьшается, и, таким образом, все пункты хорошо работают на эту шкалу.

### Обсуждение результатов

В данном исследовании рассмотрена факторная структура шкалы PVQ-BPD, а также связи между параметрами убеждений при ПРЛ и показателями психопатологии. Факторный анализ показал, что основными для шкалы из 14 пунктов являются три фактора, отражающие ожидание эксплуатации, непорядочности, предательства со стороны других людей (фактор недоверия), представление, что человек беспомощен без постоянной поддержки со стороны других людей (фактор зависимости) и взгляд, согласно которому необходимы предупредительные действия по предотвращению возможной эксплуатации или отвержения (фактор защиты). Трехфакторная структура PVQ-BPD согласуется с предложенной разработчиками.

В выборке из 543 человек было установлено: пункты 1 и 2 (в исходной версии PVQ — 4 и 9 соответственно) входят в субшкалы опросника с наименьшей факторной нагрузкой и оказывают влияние сразу на два фактора — зависимости и защиты. Первый из этих пунктов («Если люди узнают меня поближе, они поймут, какой я на самом деле, и отвергнут меня»), отражает мнение о себе как о недостойном любви; второй («Неприятные чувства будут расти и выйдут из-под контроля») — чувство беспомощности, неспособности контролировать свои эмоции. Эти убеждения, согласно когнитивным моделям [7], характерны для пациентов с ПРЛ и отражают убеждения, которые являются важными при анализе ПРЛ. Эти же пункты были отмечены разработчиками как занимающие особенное место в шкале PVQ-BPD — они влияли на два фактора — зависимости и недоверия. Вероятно, вопросы 1 и 2 PVQ-BPD значимы для всей шкалы и

могут давать нагрузку для разных факторов в разных условиях. Возможно, существует специфика вклада этих пунктов в субшкалы для русскоязычной выборки. В обследованной русскоязычной группе эти пункты имели наибольшую нагрузку для фактора защиты (дельта с фактором зависимости больше 0,2), поэтому были включены в эту субшкалу, а также учитывались в этом факторе при проверке связей между факторами опросников RBQ-BPD и SCL-90-R (разработчики исключили эти вопросы при проверке интеркорреляционных связей, как несущие почти равную нагрузку для двух субшкал (дельта меньше 0,1 [7]).

Были изучены взаимосвязи между тремя факторами RBQ-BPD и различными показателями психопатологии. Было установлено, что каждый фактор связан с другим набором психопатологических проявлений. Фактор зависимости имеет наибольшее количество значимых связей с психопатологическими симптомами, наиболее сильные из них — депрессивная, обсессивно-компульсивная и психотическая симптоматика, а также фактор межличностной чувствительности, отражающий, в частности, трудности в установлении близких межличностных отношений. Факторы недоверия и защиты имеют наиболее сильные связи с параноидным мышлением, что логически согласуется с возможным механизмом межличностного взаимодействия, характерным при ПРЛ: ожиданием непорядочности со стороны близких людей (недоверие) и импульсивным прерыванием отношений «на опережение» (защита).

Получен ряд сильных значимых связей между интегративным индексом шкалы RBQ-BPD с различными показателями психопатологии: наиболее сильные из них — с симптомами межличностной чувствительности и параноидного мышления. Принципиально значимой является связь между интегративными показателями двух шкал — RBQ-BPD и SCL-90-R, она говорит о том, что рост проявлений пограничного расстройства личности связан с ростом психопатологической симптоматики.

Применение критерия Уилкоксона, показавшее отсутствие различий между замерами по всем пунктам опросника в двух срезах, позволяет утверждать, что результаты измеряемых шкалой RBQ-BPD параметров (черт) остаются устойчивыми (неизменными) во времени. Применение критерия Спирмена показало, что между всеми пунктами опросника существуют надежные корреляционные связи. Исключение составил пункт ВРQ\_9: «На меня обратят внимание, только если я буду вести себя экстремальным образом». Такой результат может быть связан с содержанием пункта, смысл которого может быть истолкован шире, нежели, например, смысл пунктов, показавших наибольшие значения корреляции, такие как ВРQ\_10 «Я не могу доверять другим людям» и ВРQ\_11 «Мне всегда нужно быть начеку» (табл. 4 и 6).

Значимым результатом данного исследования была валидизация шкалы РВQ-ВРD в большой популяционной выборке. Разработчики неоднократно отмечали, что основным ограничением РВQ-ВРD является специфическая узкая выборка, в которой РВQ-ВРD была разработана и проверена (пациенты Центра когнитивной терапии). Перспективной с точки зрения использования и дальнейшего применения, разработчики видели возможную проверку опросника в других демографических условиях с различными группами населения [7, р. 1240]. В данном исследовании факторная структура шкалы была проверена в популяционной выборке из 543 человек, данные собраны с помощью интернет-опроса, что подтверждает факторную валидность опросника в русскоязычной выборке для иных, нежели клиническая, групп, а также для альтернативных очной процедур сбора данных — например, интернет-опроса.

## **Выводы**

Опросник РВQ-ВРD является валидным и надежным диагностическим инструментом для российской выборки и не имеет ограничений для популяционных групп и для процедуры интернет-опроса. Опросник состоит из 14 пунктов, входящих в состав трех субшкал (факторов) — недоверие, зависимость, защита, — каждая из которых измеряет определенные, устойчивые личностные черты. Выраженность этих черт связана с ростом интенсивности психопатологических проявлений. Опросник РВQ-ВРD может быть использован как в исследовательских целях, так и в психотерапевтической практике для экспресс-диагностики пограничных черт и последующей работы с убеждениями, лежащими в их основе.

**Бланк опросника RBQ-BPD, адаптированного для русскоязычной выборки**

*Пожалуйста, прочтите ниже следующие утверждения и оцените, в какой степени вы убеждены в каждом из них. При оценке каждого утверждения исходите из того, как Вы себя чувствуете большую часть времени.*

Варианты ответа

- Совсем не согласен — 0
- Скорее не согласен — 1
- И согласен, и не согласен — 2
- Скорее согласен, чем нет — 3
- Полностью согласен — 4

№	Наименование пункта	Ответ
1	Если люди узнают меня поближе, они поймут, какой я на самом деле, и отвергнут меня	
2	Неприятные чувства будут расти и выйдут из-под контроля	
3	Любые признаки напряжения в отношениях говорят о том, что отношения портятся, и тогда следует прекратить их	
4	Я несостоятелен и слаб	
5	Мне нужно, чтобы возле меня был кто-то, кто всегда помогал бы мне выполнять то, что мне нужно сделать, а также на случай, если произойдет что-то плохое	
6	Я беспомощен, если остаюсь один	
7	Я не могу справляться со всем, как другие	
8	Люди причинят мне зло, если я не опережу их и не причиню зло им	
9	На меня обратят внимание, только если я буду вести себя экстраемальным образом	
10	Я не могу доверять другим людям	
11	Мне всегда нужно быть начеку	
12	Люди обманут и используют меня, если только я дам им шанс	
13	Люди часто говорят одно, а подразумевают что-то другое	
14	Близкий мне человек может оказаться неверным и предать меня	

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кони́на М.А., Холмогорова А.Б., Сорокова М.Г. Феномен неограниченного сексуального поведения в современном обществе: патологические тенденции культуры или патология личности // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 2. С. 88—118.
2. Ласовская Т.Ю. Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства формы «А» // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 2. С. 48—77.
3. Ласовская Т.Ю. Самоповреждающее поведение при пограничном личностном расстройстве // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 2. С. 38—78.
4. Максимов А.М. Психологические факторы нарушений полоролевой идентичности у подростков и юношей с асоциальным поведением: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2011. 161 с.
5. Тарабрина Н.В. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED — SCL-90-R). Адаптация методики [Электронный ресурс]. М.: Институт психологии РАН, лаборатория психологии посттравматического стресса и психотерапии, 2001. URL: <https://sites.google.com/site/test300m/scl> (дата обращения: 20.08.2015).
6. Юдеева Т.Ю., Петрова Г.А., Довженко Т.В. и др. Применение шкалы Derogatis (SCL-90) в диагностике соматоформных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. Т. 10. № 4. С. 10—15.
7. Bhar S.S., Gregory K.B., Beck A.T. Dysfunctional beliefs and psychopathology in borderline personality disorder // Journal of Personality Disorders. 2008. Vol. 22(2). P. 165—177. doi: 10.1521/pedi.2008.22.2.165
8. Butler A.C., Brown G.K., Beck A.T., Grisham J.R. Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder // Behaviour Research Therapy. 2002. Vol. 40. P. 1231—1240. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00031-1

## THE PERSONALITY BELIEFS QUESTIONNAIRE IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER (PBQ-BPD): ADAPTATION FOR RUSSIAN-SPEAKING SELECTION

М.А. KONINA\*,

Sukhareva Center for Scientific and Applied Research of the Mental Health of Children and Adolescents, Moscow Health Department, Moscow, Russia, muza-@list.ru

### For citation:

Konina M.A., Kholmogorova A.B. The Personality Beliefs Questionnaire in Borderline Personality Disorder (PBQ-BPD): Adaptation for Russian-Speaking Selection. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 126—143. doi: 10.17759/cpp.20162403008. (In Russ., abstr. in Engl.)

\* Konina Muza Aleksandrovna, Clinical psychologist, Sukhareva Center for Scientific and Applied Research of the Mental Health of Children and Adolescents, Moscow Health Department, Moscow, Russia, e-mail: muza-@list.ru

A.B. KHOLMOGOROVA\*\*,

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky  
Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology,  
Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
kholmogorova@yandex.ru

This study presents the results of the Personality Beliefs Questionnaire (PBQ-BPD; Butler, Brown, Beck, & Grisham, 2002) adaptation in the Russian-speaking sample of 608 people. The initial three-factorial structure of PBQ-BPD in the sample of 543 Internet users is confirmed. It is shown that 14 items form three factors: relating respectively to distrust (reflects the belief connected with expectation of exploitation and treachery), dependency (it is shown in the belief connected with feeling of helplessness without continued support) and protection (belief that one should act preemptively to avoid threat). The PBQ-SF scales showed good reliability and correlated significantly with psychopathological manifestations on SCL-90-R scale. Internal coherence and split reliability of the scale were checked in the sample of 608 people, and made up 0,893 and 0,784 respectively. Test-retest reliability of the questionnaire was established in group of 30 people and made up 0,754.

**Keywords:** validation, questionnaire of dysfunctional beliefs (PBQ-BPD), borderline personality disorder, factorial structure, factorial validity, intercorrelation validity, test-retest reliability.

## REFERENCES

1. Konina M.A., Kholmogorova A.B., Sorokova M.G. Fenomen neogranichennogo seksual'nogo povedeniya v sovremennom obshchestve: patologicheskie tendentsii kul'tury ili patologiya lichnosti [The phenomenon of unrestricted sexual behavior in modern society: pathological culture tendency or personality pathology?]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling psychology and psychotherapy], 2014, no. 2, pp. 88—118. (In Russ., abstr. in Engl.)
2. Lasovskaya T.Yu. Oprosnik dlya diagnostiki pogranichnogo lichnostnogo rasstroistva formy «A» [The questionnaire for assessment of borderline personality disorder form “A”] // *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014, no. 2, pp. 48—77. (In Russ., abstr. in Engl.)
3. Lasovskaya T.Yu. Samopovrezhdayushchee povedenie pri pogranichnom lichnostnom rasstroistve [Self-injurious behavior in borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*. [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014, no. 2, pp. 38—47. (In Russ., abstr. in Engl.)

\*\* *Kholmogorova Alla Borisovna*, PhD (Psychology), Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Head of the Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, acting dean of the Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: kholmogorova@yandex.ru

4. Maksimov A.M. Psikhologicheskie faktory narusheniya polorolevoi identichnosti u podrostkov i yunoshei s asotsial'nym povedeniem: diss. ... kand. psikhol. nauk [Psychological factors of gender identity disorders in adolescents and young adults with antisocial behavior. Ph.D. (Psychology) Thesis]. Moscow, 2011. 161 p.
5. Tarabrina N.V. Opromnik vyrazhennosti psikhopatologicheskoi simptomatiki (SYMPTOM CHESK LIST-90-REVISED — SCL-90-R). Adaptatsiya metodiki. [Elektronnyi resurs] [SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED — SCL-90-R: adaptation of the questionnaire]. Moscow: Institut psikhologii RAN, laboratoriya psikhologii posttravmaticheskogo stressa i psikhoterapii, 2001. Available at: <https://sites.google.com/site/test300m/scl> (Accessed 20.08.2015).
6. Yudeeva T.Yu., Petrova G.A., Dovzhenko T.V. i dr. Primenenie shkaly Derogatis (SCL-90) v diagnostike somatoformnykh rasstroistv [Application of Derogatis scale (SCL-90) in the diagnostics of somatoform disorders]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya* [Social and clinical psychiatry], 2000. Vol. 10, no 4, pp. 10—15.
7. Bhar S.S., Gregory K.B., Beck A.T. Dysfunctional beliefs and psychopathology in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2008. Vol. 22, no. 2, pp. 165—177. doi: 10.1521/pedi.2008.22.2.165
8. Butler A.C., Brown G.K., Beck A.T., Grisham J.R. Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research Therapy*. 2002. Vol. 40, pp. 1231—1240. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00031-1

# СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ И ПРАКТИКА ПОМОЩИ В КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

А.Б. ХОЛМОГорова\*,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал  
ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, ФГБОУ  
ВО МГППУ, Москва, Россия, kholmogorova@yandex.ru

Приводятся данные статистики суицидов в Российской Федерации, обосновывается необходимость создания профилактических программ и комплексной бригадной работы специалистов для создания безопасной среды в учреждениях образования, указывается на необходимость применения научно обоснованных методов превенции и поственции суицидов. Представлена история разработки специального протокола когнитивно-бихевиоральной психотерапии для превенции и поственции суицидов, рассмотрена проблема уязвимости (предрасположенности) к суицидальному поведению. Сформулированы основные принципы когнитивно-бихевиоральной психотерапии пациентов, склонных к суицидальному поведению, указаны и описаны ос-

## Для цитаты:

*Холмогорова А.Б.* Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 144—163. doi: 10.17759/cpp.20162403009

\* *Холмогорова Алла Борисовна*, доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии, Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России; заведующая кафедрой клинической психологии и психотерапии, декан факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, kholmogorova@yandex.ru



новые этапы когнитивно-бихевиоральной психотерапии суицидального поведения, приводятся техники и приемы работы с данным контингентом. Анализируются различные мишени, которые важно учитывать при проведении антикризисных интервенций. Приводятся данные эмпирических исследований эффективности когнитивной психотерапии суицидального поведения. Рассмотрены основные результаты эмпирического исследования факторов суицидального поведения в студенческой популяции, проведенного на основе многофакторной психо-социальной модели расстройств аффективного спектра. Подчеркивается важность комбинации индивидуальной психотерапии с другими методами превенции и поственции суицидов, намечаются перспективы дальнейшего развития комплексной помощи при суицидальном поведении.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, когнитивная психотерапия, эффективность психотерапии, предрасположенность к суицидальному поведению, суицидальный кризис, перфекционизм, социальная тревожность, многофакторная модель расстройств аффективного спектра.

## **Введение: проблема суицида в России**

Суицид — одна из ведущих причин смертности в мире, прежде всего в трудоспособном, молодом возрасте. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, суицид лидирует в качестве причины смертности среди мужчин молодого и среднего возраста. Уровень самоубийств среди российских подростков в настоящее время является одним из самых высоких в мире. Самоубийства подростков в России занимают третье место среди основных причин потенциальной потери жизни. В своем интервью Российской газете Главный государственный санитарный врач РФ Г.Г. Онищенко зафиксировал: «К сожалению, сегодня Российская Федерация занимает первое место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков. И шестое место в мире среди всех возрастов. За последние годы количество детских суицидов и попыток самоубийств увеличилось на 37%» [9, с. 14]. Комментируя возрастные показатели, Г.Г. Онищенко назвал следующие угрожающие цифры: «Ежегодно каждый 12-й подросток в возрасте 15—19 лет пытается совершить самоубийство. Напомню, что в 2009 г. в стране было 260 подростковых суицидов. А вплоть до сегодняшнего дня этого года, по официальной информации, произошло уже 237 самоубийств» [9, с. 14]. Таким образом, всего за два с половиной месяца этого года мы приблизились к порогу числа самоубийств за весь 2009 год среди подростков в возрасте 10—14 лет. К основной группе риска Г.Г. Онищенко отнес детей из детских домов и интернатов. Он также указал на то, что среди самоубийц

много неработающих. На их фоне учащиеся, в том числе студенческая популяция, выглядят более благополучными.

Тем не менее, психодиагностическое исследование студентов-первокурсников московских вузов (недавних подростков) выявило достаточно высокий процент опрошенных, высказывающих суицидальные мысли и намерения. При ответе на вопрос о суицидальных мыслях и желаниях опросника депрессивности А. Бека от 15 до 25% обследованных отмечали их наличие [5; 15; 16]. Хотя Россия занимает одно из первых мест в мире по количеству суицидов среди молодежи [2; 11], до сих пор отсутствуют масштабные программы профилактики суицидального поведения. Среди предпринимаемых мер Г.Г. Онищенко отметил постановление правительства от октября прошлого года о создании безопасной среды в интернете, направленное, в том числе, на контроль за сайтами, пропагандирующими самоубийства, а также программу профилактики детского суицида в образовательных учреждениях России. Вместе с тем, повсеместное сокращение числа психологов в учреждениях образования заставляет усомниться в эффективности этих мер, так как мониторинг среды не заменяет усилия по ее созданию, что требует бригадной работы педагогов, психологов, социальных работников и врачей. Такая среда выращивается годами, но может быть разрушена в короткое время, что приведет к неизбежному обострению ситуации с детскими и подростковыми суицидами. Вызывает серьезную обеспокоенность упразднение ставок врачей-психиатров в системе ПМСЦ, что резко затрудняет доступность комплексной помощи населению. Преобладание среди людей, склонных к суицидам, лиц с психической патологией (от легких форм до тяжелых состояний) ставит вопрос о важной роли клинических психологов и психиатров в системе превенции и поственции суицидов.

### **Когнитивно-бихевиоральный подход к депрессии. Безнадежность и утрата смысла как предикторы суицида при депрессии**

На фоне описанной ситуации остро встает вопрос о методах помощи людям с суицидальным поведением, эффективность которых доказана надежными исследованиями. Поскольку депрессия относится к основным предикторам суицидального поведения, когнитивная психотерапия, выросшая из изучения и лечения именно этого расстройства, с самого начала была обращена к проблеме суицида. В 1974 г. вышла книга под редакцией основателя когнитивной психотерапии А. Бека «Предикторы суицида». Она была написана коллективом авторов и посвящена факторам суицидального поведения и подходам к его первичной и вторичной профилактике.

В качестве важного фактора суицидального поведения автор первой главы Дж. Зубин называет неспособность взять на себя роль больного или роль человека, нуждающегося в помощи. В качестве аргумента он приводит следующие факты: лишь 4% из тех, кто совершил попытку суицида, обращаются за помощью, а наиболее высокий процент самоубийц — среди врачей, особенно среди психиатров, которым, видимо, наиболее трудно принять роль больного. В качестве культурального фактора, предрасполагающего к суициду, Дж. Зубин называет «спартанские установки, преобладающие в Соединенных Штатах» [33, р. 14]. В ряде совместных работ с Н.Г. Гаранян и другими коллегами [14; 6] мы назвали эту установку «культуром силы и успеха» и связали с ней эпидемию депрессивных и тревожных расстройств, охвативших современное общество.

Дж. Зубин проанализировал также модели суицидального поведения, основанные на теории научения, которые предшествовали когнитивным моделям. Он подчеркивает, что наиболее надежным предиктором суицида является наличие суицидальных попыток в прошлом. Для российского читателя будет интересно узнать, что одна из моделей хронического суицидального поведения связывалась с феноменом фиксации в памяти незаконченных действий (Б.В. Зегарник). Согласно этой модели незавершенное намерение заставляет человека в кризисных ситуациях вновь и вновь возвращаться к попыткам уйти из жизни. В чем же выход? Авторы модели предполагают, что чрезвычайно важно обсудить с пациентом все последствия возможного завершения попытки, как бы прожить это с осмыслением негативных аспектов «последнего завершенного действия». Другая, более классическая поведенческая модель, связывает хроническое суицидальное поведение с наличием того или иного подкрепления этого поведения, что естественно предполагает профилактику путем устранения всех возможных выгод суицидальных попыток в виде исполнения желаний, уступок и других позитивных изменений со стороны окружения, сопровождающих именно такие действия.

В главе, написанной самим А. Беком с соавторами, описывается инструмент для оценки риска суицидального поведения, основанный на лонгитюдном исследовании 600 суицидальных пациентов [19]. В этом исследовании было показано, что чувство безнадежности, выражающееся в отсутствии жизненной перспективы и утрате смысла поиска этой перспективы, является важнейшим предиктором суицида, причем именно по этому фактору различались случаи фатальных и не фатальных попыток. У депрессивных пациентов, покушавшихся на свою жизнь, чувство безнадежности было связано со значительными когнитивными искажениями, у недепрессивных — оно могло иметь более реалистичную основу. Однако и в том и в другом случае именно это чувство было наиболее грозным сигналом о серьезности намерений и

возможности летального исхода. Таким образом, безнадежность была признана важнейшей мишенью в предотвращении смертельного исхода, что позднее привело А. Бека к созданию специальной Шкалы безнадежности.

Интересно отметить попутно, что именно утрату смысла в качестве главного фактора риска суицида назвал в свое время В. Франкл, когда в 1920-е гг. работал в клинике для суицидальных пациентов. Как вспоминает его ученик и секретарь А. Ленгле, В. Франкл разработал специальную технику опроса, чтобы вскрыть попытки диссимуляции и предотвратить выписку из больницы пациентов с высокой угрозой совершения суицида. Эта техника была основана на выявлении наличия или отсутствия смысла для продолжения жизни [10]. Как будет видно дальше, совместное с клиентом выявление оснований для продолжения жизни стало одной из важных составляющих современного протокола когнитивной терапии пациентов с риском совершения суицида.

### **Когнитивно-бихевиоральная терапия суицидального поведения. Теория суицидального кризиса**

1970—1980-е гг. — период интенсивных разработок А. Бека и его последователей и сотрудников в области когнитивной терапии депрессий. В это же время были проведены многочисленные исследования эффективности метода, которые способствовали быстрому росту его популярности и распространению во всем мире. Доказанная эффективность когнитивной психотерапии депрессий легкой и средней тяжести была сравнима с эффективностью антидепрессантов, а стойкость полученного эффекта оказывалась даже более высокой. Однако специфических методов, предназначенных для коррекции именно суицидального поведения, не разрабатывалось. Лишь в 1990-е гг. полное отождествление профилактики суицидов с лечением депрессии было признано не вполне адекватным по ряду причин:

- 1) не все суициденты находятся в состоянии депрессии;
- 2) возможны специфические механизмы именно суицидального поведения;
- 3) необходимо прицельное внимание к стратегиям совладания с суицидальным поведением;
- 4) невозможно сделать надежные выводы относительно эффективности исследуемых методов, поскольку при изучении эффективности лечения депрессий из рандомизированных выборок, как правило, исключались суицидальные пациенты [32].

Исходя из вышеприведенных аргументов, в 1990-е гг. в Пенсильванском университете А. Бек и Г. Браун инициировали разработку специального протокола лечения, направленного на суицидальное поведение. Протокол был впервые опубликован в 2003 г. [25], а в 2009 г. представлен в виде полного описания [31]. В этом протоколе было введено понятие суицидального кризиса, который рассматривался как центральная и первичная проблема, а не просто и даже не обязательно как симптом психического расстройства. Уместно вспомнить, что понятие кризиса стало определяющим и в отечественной суицидологии, направленной на создание методов его преодоления [1]. Представляется, что изложенные в статье разработки представителей когнитивной психотерапии могут существенно обогатить арсенал этих методов.

Суицидальный кризис определяется в когнитивной психотерапии как совершение попытки суицида или острые наплывы суицидальных мыслей и желаний. Именно для пациентов, переживших или переживающих такой кризис, был создан протокол, сфокусированный на мыслях и поведении, вызывающих суицидальный кризис. Предлагаемая в протоколе схема не зависит от диагноза и рассчитана примерно на 10 сеансов. Важно отметить, что другие методы (психофармакотерапия, наркологические интервенции) могут и, как правило, должны идти параллельно. Кроме того, завершение работы в рамках анти-суицидального протокола не означает завершение когнитивной психотерапии. Последняя проводится далее в зависимости от других проблем пациента и его диагноза, которые определяют когнитивную модель для последующих интервенций. Соответственно, выделяется острая (на основе антикризисного протокола) и продолжающаяся (связанная с другими проблемами) фаза работы. Важность продуманной стратегии продолжающейся фазы психотерапии, которая следует за острой, основанной на антикризисном протоколе, обусловлена тем, что, по оценкам экспертов, около 90% людей, вовлеченных в суицидальное поведение, страдают тем или иным психическим расстройством [22], а значит, нуждаются в соответствующем лечении. В современной когнитивной психотерапии созданы протоколы лечения с доказанной эффективностью для самых разных форм психической патологии — от депрессии до шизофрении. Завершающая фаза проводится согласно протоколу, который соответствует диагнозу основного психического расстройства.

В числе создателей протокола когнитивной психотерапии для суицидальных пациентов — научная сотрудница Пенсильванского университета Э. Венцель. Ниже на основе ее с коллегами публикаций будет дана характеристика теоретических оснований, этапов и техник антикризисного протокола [31; 32].

В качестве теоретических представлений об уязвимости или предрасположенности к суициду Э. Венцель с соавторами выделяют устойчивые психологические черты, обуславливающие высокий уровень жизненного стресса, высокий риск психической патологии и дисрегуляцию аффекта во время острой фазы. В качестве примеров таких черт, предрасполагающих к совершению суицида, авторы приводят склонность к импульсивной агрессии, дефицит навыков решения проблем [29] и перфекционизм [27]. Исследования студенческой популяции, проведенные коллективом кафедры клинической психологии и психотерапии МГППУ, подтверждают важную роль перфекционизма в качестве фактора суицидального поведения [4; 16]. Статистический анализ частоты встречаемости суицидальных мыслей в студенческой популяции показал, что уровень суицидальной готовности в группе с высоким показателем перфекционизма достоверно выше (43% из этой группы указали на наличие суицидальных мыслей и желаний), чем в группе с низким уровнем (10% студентов указали на наличие таких мыслей и желаний) ( $p=0,012$ ).

Согласно когнитивной теории, в основе суицидального поведения лежит определенная когнитивная схема, его запускающая. Активизация суицидальной схемы ведет к активизации соответствующих когнитивных процессов: повышенному вниманию к триггерам — провокаторам суицидального поведения, и фиксации на мысли, что суицид — единственное решение проблемы. Охваченность такими мыслями — важный признак суицидального кризиса. Источники суицидальных схем коренятся в прошлом опыте индивида, ценностях и убеждениях, которые он усвоил в детском или более позднем возрасте. Например, убеждение в том, что жизнь женщины, оставшейся без мужа, лишена смысла, может привести к суицидальному кризису в ситуации измены или смерти супруга. В ситуации утраты триггером могут служить напоминания о муже в виде его вещей, перебираемых после похорон. В случае измены или даже подозрения в ней таким триггером может стать звонок незнакомой женщины, задержка после работы, подсмотренная переписка и т. д.

Работа терапевта во время кризисной фазы, в свою очередь, включает определенные этапы: начальный (1—3-я сессии); 2) средний (4—7-я сессии) и завершающий (8—10-я сессии). К задачам начального этапа относятся информирование; мотивирование к лечению; разработка «плана безопасности»; сбор информации для когнитивной концептуализации; формулировка целей лечения. Важный итог начального этапа — договоренность о предотвращении повторных попыток как главной цели лечения. На начальном этапе важно также определить риск суицида на основе диагностики черт, создающих повышенную уязвимость к такому поведе-

нию. Мониторинг суицидального риска рекомендуется на протяжении всего хода работы. Терапевту важно также высказывать свою готовность открыто говорить на тему суицида (о совершенной или задуманной попытке) и обсуждать другие проблемы пациента, сколь бы сложными они ни казались. Особенно важно выяснить собственное отношение пациента к совершенной суицидальной попытке, при этом можно выделить три основные формы этого отношения: 1) сожалеет, что не получилось; 2) сожалеет, что пытался; 3) амбивалентное.

Оказалось, что частота суицидальных мыслей в прошлом — более важный фактор риска, чем их наличие в данный момент [18], что можно объяснить повышенной готовностью к совершению суицида у тех, кто уже не раз задумывался над этим, а также о дефиците у них других средств решения возникающих проблем. Важным фактором суицида оказались также нарушения поведения привязанности — воспринимаемая зависимость от других людей в сочетании с воспринимаемой неудачей в попытке установления нужного контакта [30].

Еще одна важная задача начальной фазы — составление «плана безопасности», который представляет собой систему средств для совладания с суицидальным кризисом. Этот план можно также представить как инструкцию по предотвращению суицида. Она начинает разрабатываться уже на первой сессии, а затем развивается и уточняется по мере получения новой информации от клиента в ходе терапии.

Согласно рекомендациям А. Венцель и С. Джагера-Химена [32], план безопасности должен включать шесть частей:

- 1) описание сигналов (триггеров), предупреждающих о возможности суицида;
- 2) овладевающие приемы, которые может использовать сам пациент;
- 3) список людей, с которыми он может связаться для открытого обсуждения своего кризиса;
- 4) список людей, которые могут ему помочь справиться со своим состоянием без сообщения им деталей происходящего;
- 5) информация о контактах для неотложной помощи (лечащий специалист, горячая линия и т. д.);
- 6) план переключения — отказа от установки на уход из жизни. Пациенты получают инструкцию сверяться со своим планом, как только они заметят предупреждающие сигналы, и двигаться от одного пункта к другому, если выполнение предшествующего не дало результата.

Уже на первой фазе начинается сбор информации для когнитивной концептуализации — выстраивания когнитивной схемы суицида, которая у каждого суицидента имеет свои конкретные особенности. Тут важна самая разнообразная информация: что послужило стимулом, какие мысли в это время были в голове, что конкретно предпринимал.

Помимо плана безопасности на начальной фазе лечения составляется список целей работы, среди которых главная, как уж говорилось выше, предотвращение нового суицидального кризиса.

За начальной фазой антисуицидального протокола следует средняя, направленная на развитие навыков совладания с суицидальным поведением. На этой фазе эффективно применение бихевиоральных техник, таких как поведенческая активация, терапия мастерством и удовольствием. Очень часто пациенты, пережившие или переживающие суицидальные кризисы, чувствуют себя одинокими и всеми оставленными или непонятыми, поэтому так важно развивать у пациента способность поддерживать социальные связи, тренировать его навыки, необходимые для создания и поддержания социальной сети. Нередко возникает необходимость в приглашении родственников больного, чтобы обсудить те проблемы и сложности в отношениях, которые могли послужить триггером суицидального кризиса.

Нормализация ситуации в ближайшем социальном окружении больного — важная мишень для предотвращения нового кризиса. С нашей точки зрения, работа с семьей на основе системного подхода, как правило, является необходимой при работе как с острым, так и с хроническим суицидальным поведением. Согласно данным совместного исследования с Я.Г. Евдокимовой, касающегося роли семьи в суицидальном поведении у студентов, в группе студентов с высоким уровнем семейных дисфункций суицидальные мысли и намерения высказывали 40% студентов, в то время как в группе с низким уровнем таких студентов было 13%, т. е. в три раза меньше [17].

Возвращаясь к инструментам, которые используются в когнитивной психотерапии суицидального поведения на средней фазе лечения, следует назвать техники самоуспокоения и отвлечения, основанные на способности возвращать себя к реальности и переключаться на сенсорные ощущения, такие как цвет, вкус, запахи, звуки и т. д. Эти приемы подробно описаны в рамках диалектической бихевиоральной терапии М. Линехан (М. Linehan) [8].

Наконец, еще одной важной задачей средней фазы является когнитивное переструктурирование. *Для людей, переживающих суицидальный кризис, характерны следующие убеждения: будущее безнадежно, текущая жизненная ситуация невыносима, нет никого, кто способен оказать поддержку.* С помощью техник сократического диалога и бихевиоральных экспериментов терапевт проблематизирует эти убеждения, работая с основанными на них негативными автоматическими мыслями, которые заполняют сознание пациента. Одним из важных приемов является построение модели возможно привлекательного будущего через 1 год, или 10—15 лет, когда текущие жизненные проблемы, вызывающие столь



острую реакцию пациента, смягчатся или вовсе будут разрешены. Например, вызывающая острую психическую боль измена мужа останется в прошлом, наладится разрушенный быт и образ жизни, могут возникнуть новые, более удовлетворительные отношения и т. д.

Специалисты отмечают также важность задачи по развитию навыков решения проблем и совладания с жизненным стрессом [29]. Для этого развивается способность пациента формулировать проблему, разрабатывать план ее решения, рассматривать разные альтернативные варианты решения проблемы, принимать решения и воплощать их в жизнь. Тренировка этих навыков в процессе решения текущих, накопившихся проблем путем обсуждения на сессиях и выполнения домашних заданий может помочь пациенту по-другому реагировать на вновь возникающие проблемные ситуации. Новый корректирующий опыт повышает самооффективность, низкий уровень которой можно рассматривать как фактор риска суицидального поведения. Так, женщина, переживающая не просто измену, а уход мужа из семьи, может считать себя неспособной справиться с теми вызовами жизни, которые раньше брал на себя муж. В такой ситуации чрезвычайно важно обсудить и продумать, какие новые навыки понадобятся ей для выхода из кризиса и налаживания нового образа жизни, кто может помочь ей в их формировании и т. д.

Как уже упоминалось выше, импульсивная агрессивность — один из важнейших факторов суицидального поведения. На нее также направлен ряд когнитивных и бихевиоральных техник. Таких пациентов надо тренировать регулярно сверяться с планом безопасности; поддерживать связь с теми людьми из социальной сети, кто способен оказывать поддержку; а также развивать свою способность к регуляции аффекта. Пациенты должны иметь быстрый и простой доступ к памяткам, которые были ими выработаны совместно с терапевтом. Такой памяткой может быть совладающая карточка, включающая адаптивный ответ на суицидальные мысли — результат когнитивного реструктурирования во время психотерапии. На карточке также могут быть записаны вопросы, которые помогут дистанцироваться от своих мыслей, иногда это могут быть свидетельства в пользу возможности позитивного будущего или в пользу собственной ценности.

Одной из главных задач когнитивной терапии суицидального поведения является составление списка оснований для продолжения жизни, так как, согласно исследованиям, уменьшение количества таких оснований значительно увеличивает риск суицида [28], так как способствует росту чувства безнадежности и активизации суицидальной схемы. Напомним, что именно к этому выводу пришел еще в 1920-е гг. В. Франкл, работая в отделении для суицидальных пациентов. Соответственно,

именно поиск оснований или смысла для продолжения жизни стал для него путем преодоления риска суицида — возможности, «несмотря ни на что, сказать жизни “да”».

В когнитивной психотерапии также осуществляется такой поиск путем сократического диалога с клиентом. Исходя из выявленных оснований составляется совладающая карточка, которая содержит список причин для продолжения жизни, который в каждом случае составляется индивидуально совместно с клиентом. Список помогает пациенту при вхождении в состояние суицидального кризиса, не смотря на подступившую психическую боль, сказать жизни «да»: актуализировать и усилить слабеющие аргументы «за жизнь» и противопоставить их нахлынувшим аргументам «против». Так, для женщины, переживающей уход мужа, это может быть, например, напоминание о детях, которым она теперь еще больше необходима; о той боли, которую она может причинить своим родителям; о том, что вызов, который бросает ей жизнь, может помочь ей стать более независимой; о том, что ее ценность как человека не равна отношению к ней одного мужчины и т. д.

Еще одним приемом для легко теряющих контроль пациентов является составление так называемого «комплекта надежды» — более осязаемых доказательств ценности жизни в виде тактильных и визуальных стимулов: фотографии близких, письма друзей, стихи или музыкальные диски, наполняющие желанием жить, наконец, для религиозных людей это могут быть листочки с молитвами. Как отмечают А. Венцель и С. Джагер-Химен, многие пациенты указывают, что именно «комплект надежды» оказывался особенно мощным средством опоры в ситуации суицидального кризиса [32].

Наконец, задачи поздней, завершающей фазы лечения следующие: 1) закрепление навыков, которые тренировались в средней фазе; 2) составление плана предотвращения кризиса; 3) фиксация всех положительных сдвигов; 4) подготовка к продолжению лечения, направленного на основное психическое расстройство, на фоне которого возник суицидальный кризис.

Составление плана предотвращения кризиса, в свою очередь, предполагает детальное воспоминание происходившего во время кризиса с целью составления списка возможных типичных триггеров, а также своих мыслей и действий. Затем следует когнитивная репетиция (т. е. проигрывание в воображении) альтернативного поведения в подобной ситуации, если она повторится. На основании этого и составляется план или «протокол» предотвращения суицида. Важно также обсудить с пациентом все гипотетические триггеры, который могут спровоцировать новый кризис и подготовить его к ним путем когнитивной репетиции альтернативного поведения для

каждой такой ситуации. Подготовка к возможным стрессам и выработка путей совладания с ними — важнейшая цель поздней фазы лечения.

Эффективность когнитивной психотерапии суицидального поведения доказана в целом ряде контролируемых исследований. Описанный выше протокол лечения был проверен на эффективность в исследовании 120 пациентов, которые совершили суицидальную попытку и были доставлены в кризисное отделение [23; 24]. Исследование было слепым и рандомизированным, контрольная группа получала обычное лечение, а с экспериментальной группой помимо обычного лечения была проведена когнитивная психотерапия. Почти 90% пациентов имели два психиатрических диагноза, 77% имели диагноз большой депрессии, а 68% — зависимость от психоактивных веществ. Пациенты оценивались через один, три, шесть, двенадцать и восемнадцать месяцев после лечения на предмет наличия повторных попыток. За это время из контрольной группы 42% пациентов совершили хотя бы одну попытку суицида, в то время как в экспериментальной группе таких было 24%. Различия между группами оказались значимыми на статистическом уровне, что доказывает эффективность проводимого антикризисного лечения. Опросники также зафиксировали заметную позитивную динамику по шкалам депрессии и безнадежности в экспериментальной группе.

### **Отечественные исследования суицидального поведения у студентов**

Результаты, полученные в цикле исследований, проведенных на основе многофакторной психо-социальной модели расстройств аффективного спектра [3; 7; 13; 15; 16], дополняют концепцию уязвимости к суицидальному поведению, уточняя психологические механизмы и возможные пути превенции суицидов и коррекции суицидального поведения.

Среди важных предикторов суицидального поведения, выявленных при исследовании студенческой популяции, — высокий уровень перфекционизма, враждебности и семейных дисфункций, а также низкий уровень социальной поддержки. Данные о существенном влиянии перфекционизма на суицидальное поведение уже приводились выше. В группе студентов с высоким уровнем враждебности значимо отличался средний показатель суицидальной направленности: при заполнении опросника депрессии Бека суицидальные мысли и желания высказали 34% студентов, в то время как в группе с низким уровнем враждебности — только 10%, т. е. более чем в три раза

меньше. Суицидальные мысли и намерения встречаются у студентов с низким уровнем социальной поддержки почти в два раза чаще по сравнению со студентами с высоким уровнем социальной поддержки (у 27% и 15% студентов соответственно). Наконец, как уже упоминалось выше, суицидальные мысли и намерения встречаются у 40% студентов из группы с высоким уровнем семейных дисфункций, а в группе с низким уровнем — у 13%.

Особо следует остановиться на высоком суицидальном риске, сопряженном с повышенной социальной тревожностью. Согласно литературным данным, особенно опасно сочетание высокого уровня социальной тревожности с депрессией. У людей, страдающих коморбидным депрессивным расстройством в сочетании с социальной фобией, в два—три раза повышается риск суицида, поэтому крайне необходимо выявлять пациентов с высоким уровнем социальной тревожности. По данным исследователей, пациенты с социальной фобией имеют больше суицидальных мыслей и значимо чаще предпринимают суицидальные попытки, чем здоровые испытуемые, а также чаще употребляют алкоголь с целью снижения тревоги [21].

В нашем исследовании применялась шкала суицидального поведения, предложенная А.Б. Холмогоровой, которая включала вопросы, касающиеся суицидальных мыслей и намерений как в настоящем, так и в прошлом [15]. Помимо этого задавался отдельный вопрос о наличии реальных попыток покончить с собой в прошлом. Студенты с суицидальным поведением отличались особенно высокими показателями депрессии, тревоги, уровня повседневного стресса, выраженности семейных дисфункций и частоты стрессогенных событий в родительской семье. При этом у большинства студентов с актуальной суицидальной направленностью (57,5%) отмечалось наличие суицидального поведения в прошлом. На этом основании была выделена группа с устойчивым суицидальным поведением, т. е. демонстрирующих паттерны суицидального поведения, как в прошлом, так и настоящем. В нее вошел 31 студент (что составляет 6% из общей выборки 507 человек). Специфичными для группы студентов с устойчивой суицидальной направленностью оказались очень высокие показатели социальной тревожности и выраженность таких дезадаптивных копинг-стратегий, как «психическое избегание» и «вентилирование эмоций», что дает основания рассматривать их как важные мишени психологической помощи и профилактики суицидов.

Нельзя не упомянуть и факты, полученные нами при исследовании школьников из разных учебных учреждений. Оказалось, что дети, обучающиеся в заведениях с высоким уровнем конкуренции, специальным отбором и системой рейтингов, демонстрируют большую склон-

ность с суицидальным поведением по сравнению с детьми из учебных заведений, где такие формы стимуляции не используются. Наибольшее же неблагополучие демонстрировали дети, проживающие в детских домах [13]. Также оказалось, что дети, подвергающиеся травле и насилию в неблагоприятной школьной среде, в большей степени подвержены суицидальному риску по сравнению со сверстниками, которые не испытывают на себе того, что сегодня получило название школьного буллинга [3].

### **Заключение. Перспективы в области профилактики суицидов**

Таким образом, для профилактики суицидов, а также при работе с людьми, переживающими суицидальный кризис, важно проводить диагностические мероприятия, направленные на выделение «суицидальной уязвимости», которую составляют различные характеристики личности и поведения человека, а также его ближайшего окружения. Важно отметить, что работа с людьми, совершившими суицидальную попытку или же находящимися в ситуации суицидального кризиса, является серьезным вызовом для специалистов и остро ставит задачу поиска научно-обоснованных методов помощи.

Большим прогрессом в этой области можно считать разработку протокола лечения пациентов с суицидальным поведением, основанного на когнитивной психотерапии. На основании исследований последних десятилетий можно сделать вывод, что когнитивная психотерапия суицидального поведения обладает доказанной эффективностью и позволяет успешно предотвращать повторные суицидальные попытки более чем у двух третей людей, их совершивших.

Перспектива дальнейшего продвижения в области психотерапии суицидального поведения заключается, на наш взгляд, в комплексном изучении и целостном описании уязвимости к суицидальному поведению и максимально полном учете вскрываемых механизмов в научно обоснованных методах помощи. В частности, данные наших исследований, полученных на основе многофакторной модели расстройств аффективного спектра, показывают, что не только личностные характеристики, но и социальная среда, семейное окружение могут быть важными факторами, поддерживающими суицидальную направленность. Поэтому, помимо индивидуальных форм помощи, представляется чрезвычайно важной работа с ближайшим социальным окружением пациентов, destructивность которого может сводить на нет достижения индивидуальной терапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1997. № 4. С. 14—20.
2. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. № 3. С. 22—28.
3. Воликова С.В., Нифонтова А.В., Холмогорова А.Б. Школьное насилие (буллинг) и суицидальное поведение детей и подростков // Вопросы психологии. 2013. № 2. С. 24—31.
4. Гараян Н.Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств: автореф. дис. ... докт. психол. наук. М., 2010. 42 с.
5. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Евдокимова Я.Г. и др. Предэкзаменационный стресс и эмоциональные нарушения у студентов младших курсов // Соц. и клинич. психиатр. 2007. № 2. С. 38—42.
6. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Моск. психотерапевтич. журн. 2001. № 4. С. 18—48.
7. Краснова В.В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность и суицидальная направленность у студентов // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. 2013. Т. 112. №4. С. 50—53.
8. Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: пер. с англ. М.: Изд-во «Вильямс», 2007. 50 с.
9. Линия смерти // Российская газета. 15.03.2013. № 56.
10. Лэнгле А. Дотянуться до жизни...Экзистенциальный анализ депрессии. М.: Генезис, 2010. 128 с.
11. Тукаев Р.Д. Психическая травма и суицидальное поведение. Аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 годы // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. № 1. С. 151—163.
12. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. 480 с.
13. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2. URL: [http://www.medpsy.ru/mpj/archiv\\_global/2012\\_2\\_13/nomer11.php](http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2012_2_13/nomer11.php) (дата обращения: 22.08.2016).
14. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 1. С. 94—101.
15. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Горшкова Д.А., Мельник А.М. Суицидальное поведение в студенческой популяции // Культурно-историческая психология. 2009. № 3. С. 101—110.
16. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Евдокимова Я.Г., Москова М.В. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов // Вопросы психологии. 2009. № 3. С. 16—26.
17. Холмогорова А.Б., Евдокимова Я.Г. Интерперсональные факторы эмоциональной дезадаптации у студентов в условиях мегаполиса // Психологические проблемы семьи и личности в мегаполисе. Материалы первой международ-

- ной научно-практической конференции. М.: Из-во «Институт психологии РАН», 2007. С. 141—145.
18. *Beck A.T., Brown G.K., Steer R.S. et al.* Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients // *Suicide and Life-Threatening Behaviors*. 1999. Vol. 29. P. 1—9.
  19. *Beck A.T., Schuyler D., Herman I.* Development of Suicidal Intent Scales / A. Beck, Y. Resnik, D. Lettieri (Eds.) // *The Prediction of Suicide*. Philadelphia: The Charles Press, 1974. P. 45—56.
  20. *Beck A.T., Steer R.A., Beck J.S., Newman C.F.* Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression // *Suicide & Life-Threat. Behaviour*. 1993. Vol. 23. № 2. P. 139—145.
  21. *Beidel D.C., Turner S.M.* Shy children, phobic adult: nature and treatment of social phobia. Washington, DC: American Psychological Association, 1998. 398 p.
  22. *Bertolote J.M., Fleischmann A., D. De Leo. et al.* Suicide and mental disorders: do we know enough? // *British Journal of Psychiatry*. 2003. Vol. 183. № 5. P. 382—383.
  23. *Brown G.K., Ten Have T., Henriques G.R. et al.* Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial // *JAMA*. 2005. Vol. 294. № 5. P. 563—570.
  24. *Brown G.K., Steer R.A., Henriques G.R. et al.* The internal struggle between the wish to die and the wish to live: A risk factor for suicide // *American Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 162. № 10. P. 1977—1979.
  25. *Henriques G., Beck A.T., Brown G.K.* Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters // *American Behavioral Scientist*. 2003. Vol. 46. № 9. P. 1258—1268.
  26. *Henriques G., Wenzel A., Brown G.K. et al.* Suicide attempters' reaction to survival as a risk factor for eventual suicide // *American Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 162. № 11. P. 2180—2182.
  27. *Hewitt P.L., Flett G.L., Sherry S.B. et al.* Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior / T. E. Ellis (ed.) // *Cognition and suicide : Theory, research, and therapy*. Washington, DC: APA Books, 2006. P. 215—235.
  28. *Jobes D.A., Mann R.E.* Reasons for living versus reasons for dying: Examining the internal debate of suicide // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1999. Vol. 29. № 2. P. 97—104.
  29. *Reinecke M.A.* Problem solving: A conceptual approach to suicidality and psychotherapy / T. E. Ellis (ed.) // *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy*. Washington, DC: APA Books, 2006. P. 237—260.
  30. *Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C. et al.* The interpersonal theory of suicide // *Psychological Review*. 2010. Vol. 117. № 2. P. 575—600.
  31. *Wenzel A., Brown G.K., Beck A.T.* Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington: American Psychological Association, 2009. 377 p.
  32. *Wenzel A., Jager-Hyman S.* Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Current Status // *The Behavior Therapist*. 2012. Vol. 35. № 7. P. 121—130.
  33. *Zubin J.* Observations on nosological issues in the classification of suicidal behavior / A. Beck, Resnik Y., Lettieri D. (eds.) // *The Prediction of Suicide*. Philadelphia: The Charles Press, 1974. P. 3—28.

## SUICIDAL BEHAVIOR: THEORETICAL MODEL AND PRACTICAL IMPLICATIONS IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY

A.B. KHOLMOGOROVA\*,

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,  
kholmogorova@yandex.ru

The article presents the data on suicide incidence in Russian Federation. The author discusses the necessity of developing prevention programs and carrying out complex team-based specialist work to ensure safe environment at schools. It is noted that prevention and postvention methods should be scientifically grounded. History of development of a special psychotherapeutic cognitive-behavioral protocol for suicide prevention and postvention is presented. The author examines the problem of diathesis (predisposition) to suicidal behavior and formulates the main principles of cognitive-behavioral psychotherapy of patients predisposed to suicidal behavior. Key stages of cognitive-behavioral therapy of suicidal behavior, techniques and approaches to working with such clients are described. Various targets that should be taken into account during crisis interventions are discussed. The article presents empirical research data of the effectiveness of cognitive psychotherapy of suicidal behavior and the results of the empirical study of factors of suicidal behavior in students based on multi-factor psychosocial model of affective spectrum disorders. It is emphasized that individual psychotherapy should be combined with other methods of suicide prevention and postvention. Perspectives of further development of methods of working with suicidal behavior are outlined.

**Keywords:** suicidal behavior, cognitive psychotherapy, effectiveness of cognitive psychotherapy, predisposition to suicidal behavior, suicidal crisis, perfectionism, social anxiety, multi-factor model of affective spectrum disorders.

**For citation:**

Kholmogorova A.B. Suicidal Behavior: Theoretical Model and Practical Implications in Cognitive-Behavioral Therapy. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 144—163. doi: 10.17759/cpp.20162403009. (In Russ., abstr. in Engl.)

\* *Kholmogorova Alla Borisovna*, PhD (Psychology), Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Head of the Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, acting dean of the Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: kholmogorova@yandex.ru



## REFERENCES

1. Ambrumova A.G. Psikhologiya samoubiistva [Psychology of suicide]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and clinical psychiatry], 1997. № 4. pp. 14—20.
2. Voitsekh V.F. Dinamika i struktura samoubiistv v Rossii [Dynamics and structure of suicides in Russia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and clinical psychiatry], 2006, no. 3. pp. 22—28.
3. Volikova S.V., Nifontova A.V., Kholmogorova A.B. Shkol'noe nasilie (bullying) i suitsidal'noe povedenie detei i podrostkov [Bullying and suicidal behavior in children and adolescents]. *Voprosy psikhologii* [Voprosy psikhologii], 2013, no. 2, pp. 24—31. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Garanyan N.G. Perfeksionizm i vrazhdebnost' kak lichnostnye faktory depressivnykh i trevozhnykh rasstroistv: avtoref. dis. ... dokt. psikhol. nauk [Perfectionism and hostility as personal factors of depressive and anxiety disorders: Ph. D. (Psychology) thesis]. Moscow, 2010. 42 p.
5. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Evdokimova Ya.G. et al. Predekzamenatsionnyi stress i emotsional'nye narusheniya u studentov mladshikh kursov [Stress caused by exams and emotional maladjustment in junior university students]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and clinical psychiatry], 2007, no. 2, pp. 38—42.
6. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Perfeksionizm, depressiya i trevoga [Perfectionism, depression and anxiety]. *Mosk. psikhoterapevtich. zhurn.* [Moscow psychotherapeutic journal], 2001, no. 4, pp. 18—48.
7. Krasnova V.V., Kholmogorova A.B. Sotsial'naya trevozhnost' i suitsidal'naya napravlennost' u studentov [Social anxiety and suicidal ideation in students]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova* [Neuroscience and Behavioral Physiology], 2013. Vol. 112, no. 4, pp. 50—53. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Linehan M. Kognitivno-povedencheskaya terapiya pogrannichnogo rasstroistva lichnosti: per. s angl. [Cognitive-behavioral therapy of borderline personality disorder]. Moscow: Publ. «Vil'yams», 2007. 50 p. (In Russ.).
9. Liniya smerti [Line of death]. Rossiiskaya gazeta, 15.03.2013, no. 56.
10. Langle A. Dotyanut'sya do zhizni...Ekzistentsial'nyi analiz depressii [Reach to life ... Existential analysis of depression]. Moscow: Genesis, 2010. 128 p. (in Russ.).
11. Tukaev R.D. Psikhicheskaya travma i suitsidal'noe povedenie. Analiticheskii obzor literatury s 1986 po 2001 gody [Mental trauma and suicidal behavior. Analytical review of literature from 1986 to 2001]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and clinical psychiatry], 2003, no. 1, pp. 151—163.
12. Kholmogorova A.B. Integrativnaya psikhoterapiya rasstroistv affektivnogo spectra [Integrative psychotherapy of affective spectrum disorders]. Moscow: ID «MED-PRAKTIKA-M», 2011. 480 p.
13. Kholmogorova A.B., Volikova S.V. Osnovnye itogi issledovaniy faktorov suitsidal'nogo riska u podrostkov na osnove psikhosotsial'noi mnogofaktornoj modeli rasstroistv affektivnogo spektra [Elektronnyi resurs] [The main results of studies of suicide risk factors in adolescents based on the psychosocial multi-factor model of affective spectrum disorders]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* [Med. psihol. Ross.], 2012, no. 2. Available at: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2012\\_2\\_13/nomer/nomer11.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php) (Accessed: 22.08.2016).

14. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Mnogofaktornaya model' depressivnykh, trevozhnykh i somatofornnykh rasstroistv kak osnova ikh integrativnoi psikhoterapii [Multifactor model of depressive, anxiety and somatoforn disorders as a basis of integrative psychotherapy]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and clinical psychiatry], 1998, no. 1, pp. 94 — 101.
15. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Gorshkova D.A., Mel'nik A.M. Suitsidal'noe povedenie v studencheskoi populyatsii [Suicidal Behavior in the Student Population]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-Historical Psychology], 2009, no. 3, pp. 101—110 (In Russ., abstr. in Engl.)
16. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Evdokimova Ya.G., Moskova M.V. Psikhologicheskie faktory emotsional'noi dezadaptatsii u studentov [Psychological factors of emotional disadaptation of students]. *Voprosy psikhologii* [Voprosy psikhologii], 2009, no. 3, pp. 16—26. (In Russ., abstr. in Engl.)
17. Kholmogorova A.B., Evdokimova Ya.G. Interpersonal'nye faktory emotsional'noi dezadaptatsii u studentov v usloviyakh megapolisa [Interpersonal factors of emotional disadaptation of students in a megalopolis]. *Psikhologicheskie problemy sem'i i lichnosti v megapolise. Materialy pervoi mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Psychological problems of family and individual in a megalopolis: Proceedings of the First International Scientific and Practical Conference]. Moscow: Publ. "Institut psikhologii RAN", 2007, pp. 141—145.
18. Beck A.T., Brown G.K., Steer R.S., et al. Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behaviors*, 1999. Vol. 29, pp. 1—9.
19. Beck A.T., Schuyler D., Herman I. Development of Suicidal Intent Scales / A. Beck, Y. Resnik, D. Lettieri (Eds.) // *The Prediction of Suicide*. Philadelphia: The Charles Press, 1974, p. 45—56.
20. Beck A.T., Steer R.A., Beck J.S., Newman C.F. Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. *Suicide & Life-Threat. Behaviour*, 1993. Vol. 23, no. 2, pp. 139—145.
21. Beidel D.C., Turner S.M. Shy children, phobic adult: nature and treatment of social phobia. Washington, DC: American Psychological Association, 1998. 398 p.
22. Bertolote J.M., Fleischmann A., De Leo D., et al. Suicide and mental disorders: do we know enough? *British Journal of Psychiatry*, 2003. Vol. 183, no. 5, pp. 382—383.
23. Brown G.K., Ten Have T., Henriques G.R., et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA*, 2005. Vol. 294, no. 5, pp. 563—570.
24. Brown G.K., Steer R.A., Henriques G.R., et al. The internal struggle between the wish to die and the wish to live: A risk factor for suicide. *American Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 162, no. 10, pp. 1977—1979.
25. Henriques G., Beck A.T., Brown G.K. Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *American Behavioral Scientist*, 2003. Vol. 46, no. 9, pp. 1258—1268.
26. Henriques G., Wenzel A., Brown G.K., et al. Suicide attempters' reaction to survival as a risk factor for eventual suicide. *American Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 162, no. 11. pp. 2180—2182.

27. Hewitt P.L., Flett G.L., Sherry S.B., et al. Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior / T.E. Ellis (ed.). *Cognition and suicide : Theory, research, and therapy*. Washington, DC: APA Books, 2006. pp. 215—235.
28. Jobes D.A., Mann R.E. Reasons for living versus reasons for dying: Examining the internal debate of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1999. Vol. 29, no. 2, pp. 97—104.
29. Reinecke M.A. Problem solving: A conceptual approach to suicidality and psychotherapy. In T.E. Ellis (ed.). *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy*. Washington, DC: APA Books, 2006, pp. 237—260.
30. Van Orden K.A., Witte T. K., Cukrowicz K.C., et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*. 2010. Vol. 117, no. 2, pp. 575—600.
31. Wenzel A., Brown G.K., Beck A.T. *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. Washington: American Psychological Association, 2009, 377 p.
32. Wenzel A., Jager-Hyman S. Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Current Status. *The Behavior Therapist*, 2012. Vol. 35, no. 7, pp. 121—130.
33. Zubin J. Observations on nosological issues in the classification of suicidal behavior. In A. Beck. Resnik Y., Lettieri D. (eds.). *The Prediction of Suicide*. Philadelphia: The Charles Press, 1974, pp. 3—28.

— ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ —

## АЛКОГОЛЬ — СУЩЕСТВЕННЫЙ ФАКТОР САМОУБИЙСТВ

**А.В. НЕМЦОВ\***,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва,  
Россия, nemtsov33@gmail.com

**К.В. ШЕЛЫГИН\*\***,

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»,  
Архангельск, Россия, shellugin@yandex.ru

Рассмотрено влияние злоупотребления алкоголем на уровень завершённых самоубийств (СУ) мужчин и женщин на популяционном материале. Период исследования — 1959—2013 гг. За это время уровень СУ проделал дугообразную динамику. Резкое снижение СУ наблюдалось после 1984 года в связи с антиалкогольной кампанией, с последующим возвратным ростом, и после

**Для цитаты:**

*Немцов А.В., Шелыгин К.В.* Алкоголь — существенный фактор самоубийств // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 164—180. doi: 10.17759/cpp.20162403010

\* *Немцов Александр Викентьевич*, доктор медицинских наук, руководитель отдела информатики, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия, nemtsov33@gmail.com

\*\* *Шелыгин Кирилл Валерьевич*, доктор медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», Архангельск, Россия, shellugin@yandex.ru

2001 года в связи с новым снижением потребления алкоголя. Темпы последнего снижения начали прогрессивно замедляться после 2009 года соответственно замедлению темпов снижения потребления алкоголя. Динамика двух деструктивных явлений взаимосвязана (коэффициент корреляции 0,855 для мужчин и 0,647 для женщин). Главный результат работы: в России 45% самоубийств происходят в связи с потреблением алкоголя (46% у мужчин и 38% у женщин). Показан вклад социально-экономических факторов в СУ.

**Ключевые слова:** самоубийство, потребление алкоголя, мужчины, женщины, Россия.

В теме «самоубийства и алкоголь» сошлись два деструктивных явления, которые преимущественно существуют изолированно. Одно из них — алкоголь, который становится деструктивным при длительном и массивном употреблении, обрастающим соматической и психиатрической патологией, а также социально-экономическими проблемами. Все это, аддитивно или мультипликативно, может привести к досрочному фатальному концу. Даже острое отравление алкоголем часто имеет долгую алкогольную предысторию.

Другое явление — самоубийство. Оно имеет форму скоротечной катастрофы, но и к ней путь может быть не короток. Именно на этом пути нередко вклинивается алкоголь как хронический процесс накопления патологии и первопричина суицида или как триггерное явление, облегчая или ускоряя наступление самоубийственной трагедии.

Исследования сочетанной патологии, алкоголизации и суицидов проводились многократно, как на персональном, так и на популяционном уровне. При этом показано, что в крови значительной части суицидентов обнаруживается алкоголь [3; 7; 16; 17; 18]. В более ранних работах обращалось внимание на другое доказательство связи двух явлений — большую долю больных алкоголизмом среди суицидентов [4; 12]. И это только согласно российским источникам, за рубежом исследований, подтверждающих взаимосвязь алкоголизации и суицидального поведения, значительно больше, главным образом, в развитых странах, но это не имеет прямого отношения к российской действительности, столь отличной от западной.

Наконец, самое главное обоснование связи двух явлений — эпидемиологические исследования на основе больших выборок и различных корреляционных методов [3; 6; 9; 13; 21; 22]. Несмотря на это в одной из публикаций высказывается сомнение относительно зависимости самоубийств от злоупотребления алкоголем [2]. Это сделано только потому, что после 2000 года на протяжении нескольких лет исчезло сходство динамики суицидов и смертельных отравлений алкоголем, бывшее до того. О причинах этого явления будет сказано ниже.

Характерно, что отношение к алкоголю как фактору самоубийств со временем довольно быстро менялось. Например, в руководстве 2003 года, в разделе, посвященном риску суицидального поведения, алкоголь выступает только как сопутствующий феномен [31], в связи с чем рекомендовано удалять алкоголь из дома в случае возможного суицида. Но уже в руководстве 2014 года алкоголь назван фактором самоубийства наряду с другими: дискриминацией, чувством изоляции, жестоким обращением или насилием, конфликтными взаимоотношениями, предыдущими суицидальными попытками, психическими расстройствами, финансовыми потерями, хроническим болевым синдромом и случаями самоубийства в семье [26].

В соответствии с этим и другими исследованиями, самоубийство следует считать многофакторным явлением. Но алкогольный фактор суицидов сам по себе также сложноструктурированное явление — от фатального до триггерного [5]. А это значит, что вклад алкоголя в суицидальную активность имеет широкий диапазон — от сопутствующего фактора до главного. И это создает сложную картину взаимодействия алкогольных и собственно суицидальных факторов.

**Цель исследования.** Оценить особенности взаимосвязи самоубийств с потреблением алкоголя на основе статистических показателей Российской базы данных рождаемости и смертности за период с 1959 по 2013 годы.

## Материалы и методы

Оценка взаимосвязи употребления алкоголя и завершенных самоубийств осуществлялась на основе анализа показателей этих двух явлений в 1959–2013 гг. Коэффициенты смертности от самоубийств мужского и женского населения получены в Российской базе данных по рождаемости и смертности Центра демографических исследований Российской экономической школы [20], коэффициенты смертности стандартизованы прямым методом по Европейскому стандарту населения на 100000 населения [23]. Расчеты потребления алкоголя на душу населения получены в статье Немцова и Шельгина [10]. Основой этих расчетов послужили показатели смертности при отравлении алкоголем и некоторые соображения о переводе количества смертей в литры алкоголя [24].

В расчетах использованы показатели для населения в возрасте 15 лет и старше. Оценка доли смертности, связанной с потреблением алкоголя, сделана с помощью метода ARIMA (модель авторегрессии и интегрированного скользящего среднего [24]), индексного метода [19] и метода ранговой корреляции Спирмена.

## Результаты

В России показатели смертности при самоубийствах, как мужчин, так и женщин, во второй половине XX — начале XXI в. проделали дугообразную динамику (рис. 1) и, снижаясь в последние 15 лет, практически вернулись к исходному уровню.

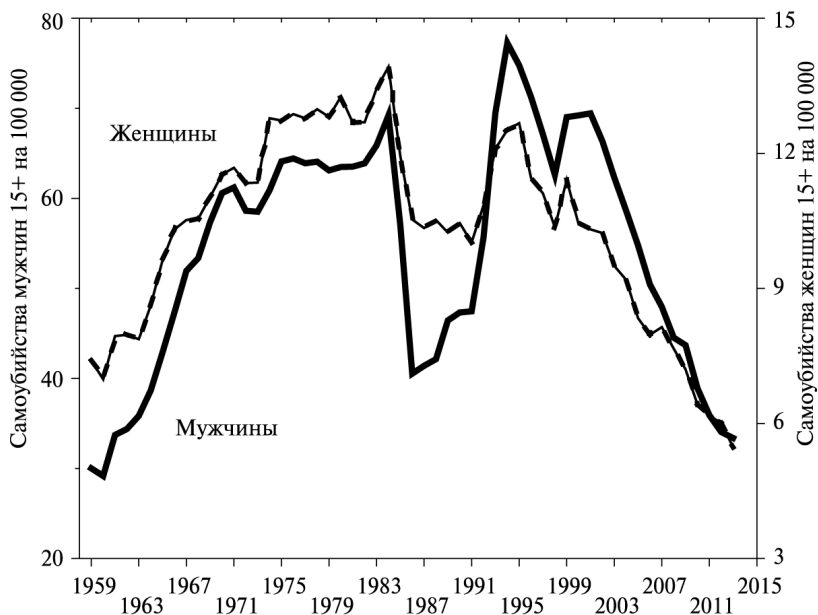


Рис. 1. Динамика самоубийств мужчин и женщин в России в 1959–2013 гг.

Самое существенное отклонение от этого тренда произошло во время антиалкогольной кампании (1985–1986 гг.), когда принудительно и резко снизилось потребление алкоголя [7; 10]. Но уже в 1987 году у суицидов мужчин начался возвратный рост, который в 1992 году принял галопирующий характер и в 1994 г. достиг за весь послевоенный период рекордного уровня вместе с рекордами потребления алкоголя и общей смертности. После этого началось снижение уровня самоубийств с минимумом в 1998 году (год дефолта), за которым последовал некоторый рост к 2001 году.

Возвратный рост у женщин начался только в 1992 году, и в сравнении с мужчинами пик был достигнут на год позже (в 1995 г.). Скорее всего, это отставание связано с тем, что во все время анализа происходило уменьшение доли самоубийств женщин в общем числе суицидов (рис. 2).

После 2001 года началось резкое снижение уровня самоубийств. Однако с 2009 года темп снижения замедлился, и чем далее, тем все более

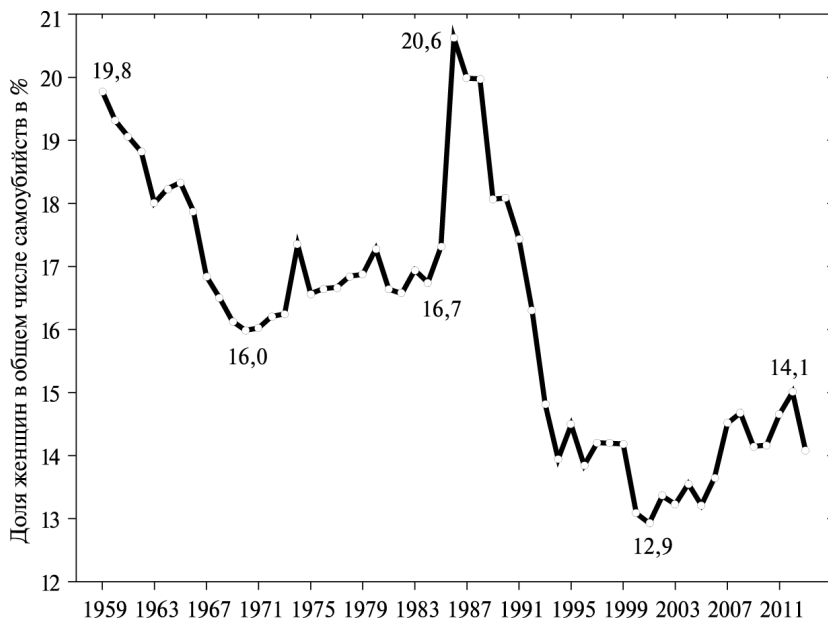


Рис. 2. Доля самоубийств женщин в общем количестве самоубийств (%; Россия, 1959—2013 гг.). Цифры на графике — процент в экстремальных точках.

(рис. 3). Сходным образом замедляется смертность при отравлении алкоголем. Этот показатель наилучшим образом отражает уровень реального потребления алкоголя, поскольку в России велика доля нелегального спиртного, а для отравления не имеет значения, какой алкоголь при этом употреблял умерший, легальный или нелегальный. Поскольку отравления алкоголем в значительно большей степени зависят от потребления, отклонение этого показателя от тенденции, наметившейся в 2002—2008 годах, выражены значительно больше в сравнении с самоубийствами, а в 2013—2014 годах показатель отравлений практически вышел на плато.

Стоит обратить внимание на то, что рис. 3 кроме общей, годичной тенденции самоубийств и отравлений на протяжении 2004—2014 годов показывает их изменения в течение года. Помесячное усреднение показателей (рис. 4) позволяет более детально представить динамику самоубийств в это время. Главный максимум самоубийств чаще приходится на май, что и отразилось на средней величине. Но, кроме того, есть еще один максимум — в январе, в связи с новогодними праздниками. Также в январе наблюдается пик отравлений алкоголем. А это, скорее всего, значит, что январский рост двух показателей связан с массивным пьянством. В весенне-летний период количество отравлений сначала стабильно, а позже снижается на фоне высоко-



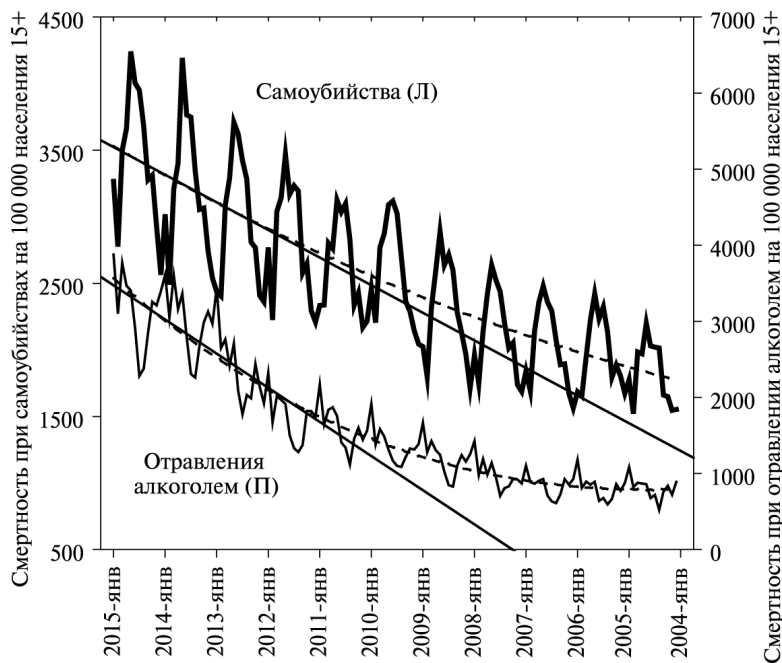


Рис. 3. Месячные показатели самоубийств (толстая линия, ордината слева) и смертей при отравлении алкоголем (тонкая линия, ордината справа). Прямые — линии регрессии для 2004—2008 годов, пунктир — полином третьей степени для 2004—2014 годов

го уровня суицидов (рис. 4). Это является свидетельством того, что в это время года начинают действовать различные сезонные факторы двух явлений.

При сопоставлении самоубийств мужчин с оценкой реального потребления алкоголя видна почти синхронная динамика (рис. 5), подтверждаемая коэффициентом корреляции: 0,855 — для мужчин и 0,647 — для женщин ( $n=55$ ;  $p=0,000$ ).

При совмещении максимумов двух процессов видно, что есть периоды большего (например, 2004—2006 гг.) и меньшего (например, 1995—1998 гг.) сходства. Можно изолированно сравнить эти два периода самоубийств в отношении потребления алкоголя (рис. 6).

Такое сравнение показывает, что при сходном уровне потребления алкоголя (16,9—19,3 л/чел/год) имеется значительное различие в уровне самоубийств. В эти периоды существенно различались также многие социально-экономические показатели. Возьмем только три показателя из разряда самых важных (табл., данные Росстата). При подходе к дефолту в 1994—1997 годах они были существенно хуже, чем в 2004—2006 годах (табл.).

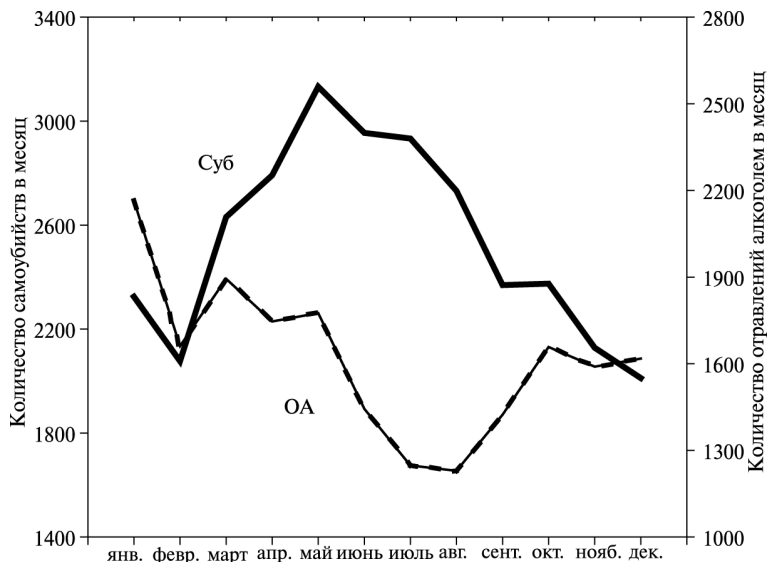


Рис. 4. Динамика смертей при самоубийствах (Суб — сплошная линия) и отравлениях алкоголем (ОА — пунктир) в течение года (усреднение для 1965—2014 гг.)

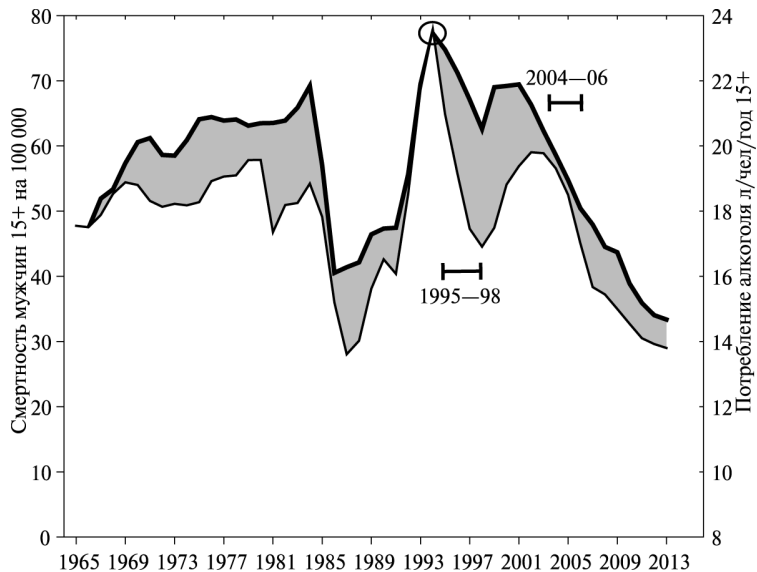


Рис. 5. Соотношение самоубийств мужчин (толстая линия) и потребления алкоголя (тонкая линия) при совмещении максимумов (кружок, 1994 г.). Серая зона — различие двух кривых. Отмечены периоды 1995—1998 и 2004—2006 годы

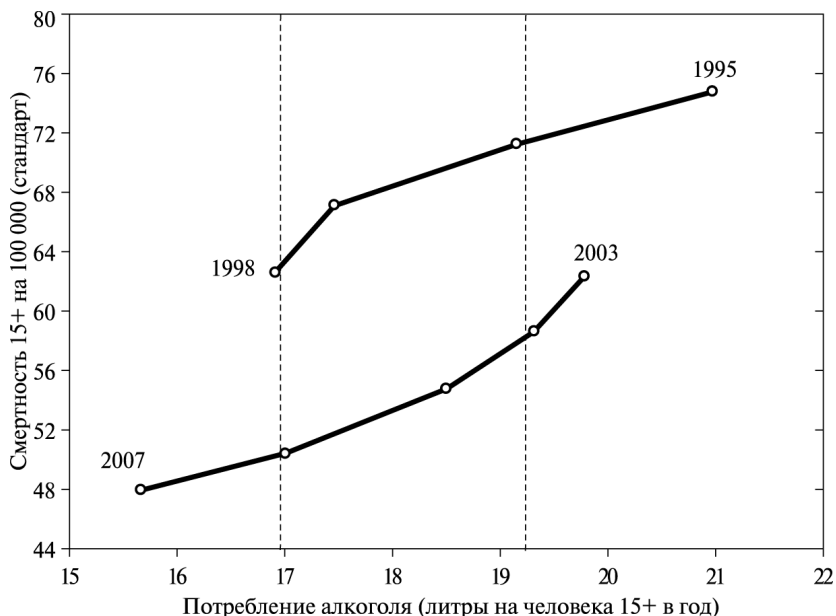


Рис. 6. Соотношение самоубийств и потребления алкоголя в 1995—1998 и 2003—2007 годах. Пунктиром отмечен диапазон потребления 16,9—19,3 литра на человека старше 15 лет в год

Т а б л и ц а

**Социально-экономические показатели  
 двух периодов (Россия, Росстат)**

Показатели / Периоды	1994—1997 гг.	2004—2006 гг.
Реальные денежные доходы населения по отношению к предыдущему году (% в среднем)	-2,97	+7,68
Население с доходами ниже прожиточного минимума (% от общей численности населения в среднем)	22,53	15,05
Цена на нефть марки <i>Brent</i> (доллары за баррель в среднем)	21,3	46,1

Последнее и самое главное в работе — расчет для 1965—2013 годов доли самоубийств, зависимых от алкоголя (рис. 7), которые составили 25,21 для мужчин и 3,90 для женщин на 100 000 соответствующего населения (отношение мужчины/женщины 6,5), или 46,1% и 37,7%.

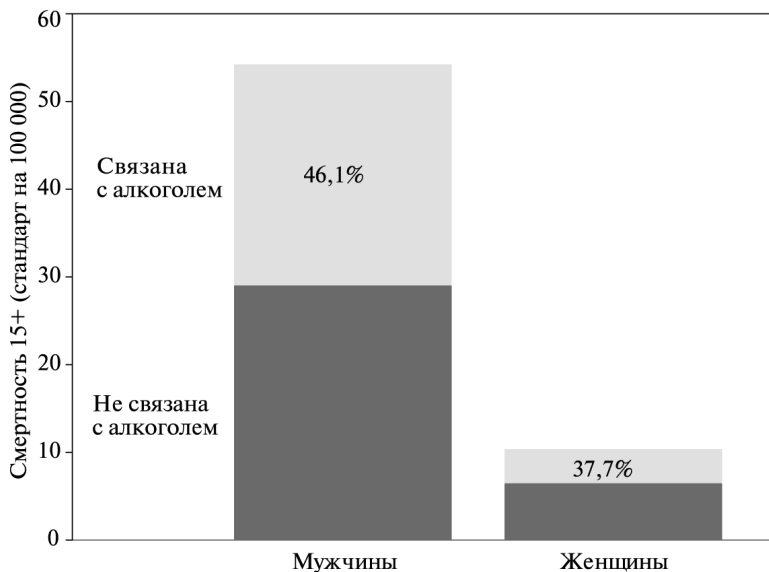


Рис. 7. Соотношение самоубийств мужчин и женщин, а также их доли, зависящие от алкоголя (%).

### Обсуждение результатов

Традиционно самоубийства воспринимаются не только как личная биографическая катастрофа, но и как один из существенных показателей социального неблагополучия общества. Многие составляющие этого неблагополучия становятся факторами самоубийства. Одно из них — потребление алкоголя. Это подтвердилось в настоящем исследовании, в частности, высоким уровнем корреляции показателя самоубийств с уровнем потребления алкоголя.

Главный результат работы — расчет зависимой от алкоголя смертности при самоубийствах, который показал, что на протяжении 1965–2013 годов 45% самоубийств в стране связаны с алкоголем (46,1% — у мужчин и 37,7% — у женщин). И это не удивительно, так как в России очень высокий уровень потребления спиртного, в связи с чем страна находится в разные годы среди трех—пяти лидеров по этому показателю [7]. Кроме того, в стране особенно неблагоприятный ассортимент с резким доминированием крепких напитков [7], и это резко утяжеляет алкогольную ситуацию как в целом, так и в отношении самоубийств [25]. Было показано, что с самоубийствами в России коррелирует только продажа водки ( $r=0,66$  для мужчин и  $r=0,59$  для женщин); корреляция суицидов с продажей вина и пива незначима [30].

Расчет доли связанных с алкоголем суицидов стал возможным в связи с быстрыми и значительными перепадами уровня потребления алкоголя и, соответственно, смертности при самоубийствах. Началось это в 1985 году в связи с антиалкогольной кампанией, приняло циклический характер (рис. 5) и продолжается до последнего времени (рис. 3). Такая динамика суицидов стала уникальным явлением, как для России, так и для мира.

Расчет вклада алкоголя в самоубийства был сделано ранее [14], однако этот результат отличается от расчетов в настоящем исследовании большей величиной (61,0% vs. 46,1%). Различие можно связать с тем, что в двух исследованиях представлены разные эпохи для анализа: больший период в настоящем исследовании (1956—2013 гг.) и меньший в [14] (1980—2005 гг.). К последнему периоду в настоящем исследовании добавились два обрамляющих (1956—1979 и 2006—2013 гг.) с более низким суммарным уровнем потребления алкоголя (17,1 vs. 18,4 л/чел/год 15+) и, соответственно, суицидальной смертностью (51,0 vs. 65,3 на 100000 15+). Отсюда различие вклада алкоголя в уровень суицидов: выше потребление — больший вклад алкоголя в суицидальную активность населения, и наоборот. Никак не умаляя расчеты в [14], все-таки следует сказать, что репрезентативность показателей для популяции тем выше, чем длиннее временной ряд.

Остается решить, почему в двух исследованиях и разных по продолжительности периодах вклад алкоголя в самоубийства женщин оказался близок: 37,7% и 35,0% [14]. Скорее всего, это связано с тем, что самоубийства женщин меньше зависят от потребления алкоголя, отсюда различие корреляций для женских и мужских суицидов. Об этом же свидетельствует относительный рост самоубийств женщин во время антиалкогольной кампании (рис. 2). Это произошло за счет того, что недоступность алкоголя во время антиалкогольной кампании сильнее сказалась на потреблении мужчин, чем женщин, за счет чего произошло более резкое снижение самоубийств мужчин в сравнении с суицидами женщин. Иначе говоря, общий уровень потребления алкоголя меньше влияет на суицидальную активность женщин в сравнении с самоубийствами мужчин.

В. Прайдмор (W. Pridemore) и соавторы в нескольких публикациях [27; 28] связывали продолжительное снижение уровня самоубийств в последние годы с эффективной антиалкогольной политикой в стране в виде законов 2005 г. (№ 102-ФЗ и № 209-ФЗ). Эту попытку следует признать неудачной. Во-первых, потому, что снижение началось в 2002 году, еще до вступления в действие этих законов в 2006 году. Во-вторых, в ближайшие три года (2006—2008 гг.) не произошло изменения тренда уровня суицидов, намеченного в 2002—2005 годах (рис. 8), и только в 2009 году началось существенное и прогрессивное замедление темпов снижения

самоубийств. В отличие от этого смерти при отравлении алкоголем и, соответственно, потребление спиртного только в 2006—2007 годы снизились более резко, чем до этого.

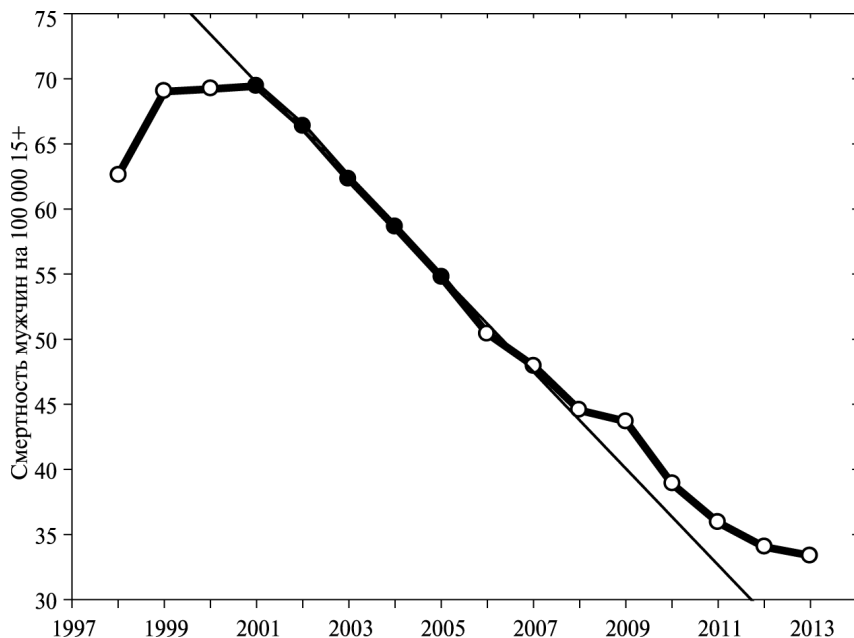


Рис. 8. Динамика самоубийств мужчин в 1998—2013 гг. (толстая линия, светлые кружки). Тонкая прямая линия — регрессия для 2001—2005 гг. (годы помечены сплошными кружками).

Но это было связано с непрямым эффектом законов 2005 года, с дезорганизацией и хаосом на алкогольном рынке [11]. Весь период снижения потребления алкоголя вплоть до 2013 года обусловлен второй антиалкогольной кампанией, целью которой был поиск источников пополнения бюджета за счет алкогольного рынка [8]. Снижение потребления, общей смертности и некоторых ее составляющих было, главным образом, побочным результатом усилий по преодолению финансовых трудностей. В этот же период были постановления и законы прямого действия, например, запрет продаж в ночное время, который оказался неэффективным [8]. На уровне житейских наблюдений запрет продажи спиртного подросткам как будто бы возымел действие, но это не могло повлиять на общие показатели самоубийств.

В отличие от смертности при отравлениях, самоубийства никак не отреагировали на снижение потребления в 2006—2007 годах. Можно

только предположить, что в это время включились новые или усилились прежде действующие неалкогольные факторы. Чтобы выявить эти факторы, требуется специальное исследование.

Обсуждая роль алкоголя для суицидальной активности населения, нельзя забывать, что в условиях России алкоголь — существенный, но не единственный фактор самоубийств, а его доля в 45% — средняя величина для большого периода. С течением лет эта пропорция может меняться в зависимости от уровня потребления (рис. 5) и, кроме того, от вклада социально-экономических (рис. 6 и табл.) и психологических факторов.

Последнее, что следует обсудить, кто были те 45% самоубийц, которые в нашем исследовании погибли в связи с алкоголем. Эпидемиологическое исследование не может дать развернутый ответ на этот вопрос. Тут требуется ретроспективное социологическое исследование. На основе эпидемиологических данных можно только высказать предположение о том, что 45% — это те погибшие, кто был связан с алкоголем не случайно, т. е. больные алкоголизмом и тяжелые пьяницы. В нескольких исследованиях с использованием судебно-медицинских данных доля самоубийц с алкоголем в крови колеблется около 60%: 60,2% в 1981—1984 годах [25], 65,8% в 1979—1984 годах, 64,4% в 2000—2007 годах [15], 60,7% в 2005—2007 годах [6]. Можно предположить, что приблизительно у 15—20% самоубийц алкоголь был случайным, триггерным фактором. Но это только гипотеза, которая требует проверки.

А что произойдет с самоубийствами в ближайшие годы? Последнее снижение смертности при суицидах началось в 2002 году, но с 2009 года происходит прогрессирующее замедление темпов снижения (рис. 3). Такое же, но более значительное замедление свойственно смертям при отравлении алкоголем (рис. 3), которые могут служить индикатором реального потребления алкоголя. Для прогноза суицидов важно, что в 2014 году произошел рост смертности при отравлениях на 6% [1]. Поэтому в ближайшие годы можно ожидать стабилизации или роста самоубийств, по меньшей мере, в той части, которая зависит от алкоголя.

## **Заключение**

Исследование показало, что в России почти половина самоубийств (45%) обусловлена злоупотреблением алкоголем. Возможно, что эта доля выше за счет суицидов, в которых алкоголь играет роль триггера. Доля связанных с алкоголем суицидов — величина переменная, она зависит как от уровня потребления алкоголя, так и от размеров соци-

ально-экономического неблагополучия. Вклад алкоголя в общее число самоубийств у мужчин в 6,5 раз больше, чем у женщин. Самоубийства в течение года имеют два максимума: меньший в январе и больший в мае, первый из них, вероятно, связан с повышенным употреблением алкоголя в новогодние праздники. За пределами исследования остались незавершенные суициды.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Андреев Е.М.* Правильно ли считают умерших от случайных отравлений алкоголем? // Демоскоп Weekly. 2016. № 673—674. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0673/demoscope673.pdf> (дата обращения: 18.08.2016).
2. *Войцех В.Ф.* Динамика и структура самоубийств в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. № 3. С. 22—27.
3. *Гладышев М.В.* Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990—2003 гг.): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 19 с.
4. *Гольдштейн Р.И.* Причины смертности больных алкоголизмом // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 1985. Т. 85. Вып. 8. С. 1235—1238.
5. *Зиновьев С.В.* Суицид. Попытка системного анализа. СПб.: Сотис, 2002. 144 с.
6. *Кладов С.Ю., Конобеевская И.Н., Карпов Р.С.* Роль алкогольного фактора в формировании суицидального поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 4. С. 31—34.
7. *Немцов А.В.* Алкогольный урон регионов России. М.: NALEX, 2003. 136 с.
8. *Немцов А.В.* Российская смертность в свете потребления алкоголя // Демографическое обозрение. 2016. Т. 2. № 4. С. 111—135.
9. *Немцов А.В., Нечаев А.К.* Потребление алкоголя и насильственные смерти // Вопросы наркологии. 1991. № 1. С. 34—36.
10. *Немцов А.В., Шельгин К.В.* Потребление алкоголя в России: 1956—2012 гг. // Вопросы наркологии. 2014. № 5. С. 3—12.
11. *Немцов А.В., Шельгин К.В.* Антиалкогольные законы 2005 г. и снижение потребления алкоголя в России // Вопросы наркологии. 2015. № 1. С. 83—93.
12. *Пелипас В.Е., Мирошниченко Л.Д., Калачев Б.П.* Смертность больных алкоголизмом (по данным сплошного эпидемиологического исследования в г. Москве) // Материалы XII съезда психиатров России (Москва, 01—04 ноября 1995 г.). М.: ДЭОС, 1995. С. 804—805.
13. *Разводовский Ю.Е.* Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи // Журнал неврологии и психиатрии. 2004. № 2. С. 49—52.
14. *Разводовский Ю.Е.* Потребление алкоголя и суициды в Беларуси и России: сравнительный анализ трендов // Суицидология. 2008. № 4. С. 37—43.
15. *Разводовский Ю.Е.* Потребление алкоголя и суициды в Беларуси // Вопросы наркологии. 2008. № 6. С. 67—72.
16. *Сахаров А.В.* Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Восточном Забайкалье: дисс. ... канд. мед. наук. Томск, 2007. 145 с.



17. Сахаров А.В., Говорин Н.В. Суицидальное поведение и потребление алкоголя: оценка взаимосвязей на популяционном уровне // Суицидология. 2015. Т. 6. № 2. С. 35—45.
18. Столяров А.В., Борохов А.Д., Жаманбаев Е.К. Алкоголь как провоцирующий фактор суицидальных действий // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 1990. Т. 90. № 2. С. 55—58.
19. Халфин А.А. Современные статистические методы медицинских исследований. Москва: URSS, 2008. 316 с.
20. Центр демографических исследований Российской экономической школы [Электронный ресурс]. URL: [http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr\\_indicat/data](http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data) (дата обращения: 07.03.2016).
21. Шельгин К.В. Алкогольная атрибутивность смертности от самоубийств на Европейском Севере России в различные исторические периоды // Наркология. 2012. № 8. С. 44—48.
22. Шустов Д.И., Валентик Ю.В. Алкоголь, алкоголизм и суицидальное поведение (эпидемиологический и клинический аспекты) // Вопросы наркологии. 1998. № 3. С. 86—93.
23. Cancer incidence in five continents. Vol. III / J. Waterhouse, C. Muir, P. Correa, J. Powell (eds.). Lyon: IARC, 1976. 456 p.
24. Nemtsov A. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign // Addiction. 1998. Vol. 93 (10). P. 1501—1510.
25. Nemtsov A. Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965-1999 // Drug and Alcohol Dependence. 2003. Vol. 71 (2). P. 161—168. doi: [dx.doi.org/10.1016/S0376-8716\(03\)00094-2](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(03)00094-2)
26. Preventing suicide: a global imperative [Электронный ресурс] // Geneva: World Health Organization, 2014. URL: <http://psychiatr.ru/download/1863?view=1&name=Suicide-report-a-global-imperative-Rus.pdf> (дата обращения: 07.03.2016).
27. Pridemore W.A. Heavy drinking and suicide in Russia // Social forces. 2006. Vol. 85 (1). P. 413—424. doi: [10.1353/sof.2006.0138](https://doi.org/10.1353/sof.2006.0138)
28. Pridemore W.A., Chamlin M. B., Kaylen M.T., Andreev E. The Effects of the 2006 Russian Alcohol Policy on Alcohol-Related Mortality: An Interrupted Time Series Analysis // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2014. Vol. 38 (1). P. 257—266. doi: [10.1111/acer.12256](https://doi.org/10.1111/acer.12256)
29. Pridemore W.A., Chamlin M.B., Andreev E. Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis // American Journal of Public Health. 2013. Vol. 103 (11). P. 2021—2026. doi: [10.2105/AJPH.2013.301405](https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301405)
30. Razvodovsky Y.E. Beverage-Specific Alcohol Sale and Suicide in Russia // Crisis. 2009. Vol. 30 (3). P. 1—6. doi [10.1027/0227-5910.30.3](https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.3).
31. The assessment and management of people at risk of suicide. For Emergency Departments and Mental Health Service Acute Assessment Settings [Электронный ресурс] // New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health, 2003. URL: [http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide\\_guideline.pdf](http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide_guideline.pdf) (дата обращения: 18.08.2016).

## ALCOHOL IS AN ESSENTIAL FACTOR OF SUICIDES

A.V. NEMTSOV\*,

Moscow Research Institute of Psychiatry, Ministry of Public Health  
of the Russian Federation, Moscow, Russia, nemtsov33@gmail.com

K.V. SHELUGIN\*\*,

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia,  
shellugin@yandex.ru

The effect of alcohol abuse on the level of completed suicides (CS) of men and women was investigated. The study period was 1959—2013. The trend of CS had convex form during this time. The sharp decline in CS was observed twice: after 1984 in connection with anti-alcohol campaign and after 2001 due to the new reduction in alcohol consumption. Last decline began to slow down after 2009 in accordance with slowing of alcohol consumption decline. Trends of two destructive phenomena are well correlated (0,855 for men and 0,647 for women). The main result is: 45% of CSs in Russia occur in connection with alcohol consumption (46% in men and 38% women). The contribution of socio-economic factors to the CS was also shown in this work.

**Keywords:** suicide, alcohol consumption, men and women, Russia.

### REFERENCES

1. Andreev E.M. Pravil'no li schitayut umershikh ot sluchainykh otravlenii alkogolem? [Are people dead by accidental alcohol poisoning counted right?]/ *Demoskop Weekly*, 2016, no. 673—674. Available at: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0673/demoscope673.pdf> (Accessed 18.08.2016).
2. Voitsekh V.F. Dinamika i struktura samoubiistv v Rossii [Dynamics and structure of suicides in Russia] // *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [*Social and clinical psychiatry*], 2006, no. 3, pp. 22—27.
3. Gladyshev M.V. Kliniko-sotsial'nye aspekty rasprostranennosti suitsidov v period radikal'nykh preobrazovaniy v Rossii (1990—2003 gg.): Avtoreferat dis. ... kand. med. nauk [Clinical and social aspects of the prevalence of suicides in the period of

### For citation:

Nemtsov A.V., Shellugin K.V. Alcohol is an Essential Factor of Suicides. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [*Counseling Psychology and Psychotherapy*], 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 164—180. doi: 10.17759/cpp.20162403010. (In Russ., abstr. in Engl.)

\* *Nemtsov Alexandr Vikentievich*, MD, Head of Informatics, Moscow Research Institute of Psychiatry, Ministry of Public Health of the Russian Federation, Moscow, Russia, e-mail: nemtsov33@gmail.com

\*\* *Shelygin Kirill Valerievich*, MD, Associate Professor, Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia, e-mail: shellugin@yandex.ru

- radical transformations in Russia (1990—2003): Ph.D. (Medicine) Thesis]. Moscow, 2006. 19 p.
4. Gol'dshtein R.I. Prichiny smertnosti bol'nykh alkogolizmom [Causes of mortality of patients with alcoholism] // *Zhurnal nevropatologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova* [*Neuroscience and Behavioral Physiology*], 1985. Vol. 85, no. 8, pp. 1235—1238.
  5. Zinov'ev S.V. Suitsid. Popytka sistemnogo analiza [Suicide. Attempt at systems analysis]. Saint-Peterborough: Sotis, 2002. 144 p.
  6. Kladov S.Yu., Konobeevskaya I.N., Karpov R.S. Rol' alkogol'nogo faktora v formirovanii suitsidal'nogo povedeniya [The role of alcohol factor in the formation of suicidal behavior] // *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [*Siberian Journal of Psychiatry and Addiction Psychiatry*], 2009, no. 4, pp. 31—34.
  7. Nemtsov A.V. Alkogol'nyi uron regionov Rossii [Alcohol damage to the regions of Russia]. Moscow: NALEX, 2003. 136 p.
  8. Nemtsov A.V. Rossiiskaya smertnost' v svete potrebleniya alkogolya [Russian mortality in the light of consumption of alcohol] // *Demograficheskoe obozrenie* [*Demographic Review*], 2016. Vol. 2, no. 4, pp. 111—135.
  9. Nemtsov A.V., Nechaev A.K. Potreblenie alkogolya i nasil'stvennye smerti [Consumption of alcohol and violent death] // *Voprosy narkologii* [*Journal of Addiction Problems*], 1991, no. 1, pp. 34—36.
  10. Nemtsov A.V., Shelygin K.V. Potreblenie alkogolya v Rossii: 1956—2012 gg. [Alcohol consumption in Russia: 1956—2012] // *Voprosy narkologii* [*Journal of Addiction Problems*], 2014, no. 5, pp. 3—12.
  11. Nemtsov A.V., Shelygin K.V. Antialkogol'nye zakony 2005 g. i snizhenie potrebleniya alkogolya v Rossii [Anti-alcohol laws in 2005 and the reduction of alcohol consumption in Russia] // *Voprosy narkologii* [*Journal of Addiction Problems*], 2015, no. 1, pp. 83—93.
  12. Pelipas V.E., Miroshnichenko L.D., Kalachev B.P. Smertnost' bol'nykh alkogolizmom (po dannym sploshnogo epidemiologicheskogo issledovaniya v g. Moskve) [Mortality of patients with alcoholism (according to the population epidemiological study in Moscow)] // *Materialy XII s'ezda psikhiatrov Rossii* (Moskva, 01—04 noyabrya 1995 g.) [Proceedings of the XII Congress of Psychiatrists of Russia (Moscow, 01—04 November, 1995)]. Moscow: DEOS, 1995, p. 804—805.
  13. Razvodovskii Yu.E. Alkogol' i suitsidy: populyatsionnyi uroven' vzaimosvyazi [Alcohol and suicide: a population-level relationship] // *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii* [*Neuroscience and Behavioral Physiology*], 2004, no. 2, pp. 49—52.
  14. Razvodovskii Yu.E. Potreblenie alkogolya i suitsidy v Belarusi i Rossii: sravnitel'nyi analiz trendov [Consumption of alcohol and suicides in Belarus and Russia: A comparative analysis of trends] // *Suitsidologiya* [*Suicidology*], 2008, no. 4, pp. 37—43.
  15. Razvodovskii Yu.E. Potreblenie alkogolya i suitsidy v Belarusi [Consumption of alcohol and suicides in Belarus] // *Voprosy narkologii* [*Journal of Addiction Problems*], 2008, no. 6, pp. 67—72.
  16. Sakharov A.V. Rol' alkogol'nogo faktora v suitsidal'nom povedenii v Vostochnom Zabaikal'e: diss. ... kand. med. nauk [The role of alcohol factor in suicidal behavior in East Transbaikalia: Ph. D. (Medicine) diss.]. Tomsk, 2007. 145 p.
  17. Sakharov A.V., Govorin N.V. Suitsidal'noe povedenie i potreblenie alkogolya: otsenka vzaimosvyazei na populyatsionnom urovne [Suicidal behavior and alcohol

- consumption: evaluation of the relationship at the population level] // *Suitsidologiya* [*Suicidology*], 2015. Vol. 6, no. 2, pp. 35—45.
18. Stolyarov A.V., Borokhov A.D., Zhamanbaev E.K. Alkohol' kak provotsiruyushchii faktor suitsi—dal'nykh deistvii [Alcohol as a predisposing factor for suicidal actions] // *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [*Neuroscience and Behavioral Physiology*], 1990. Vol. 90, no. 2, pp. 55—58.
  19. Khalfin A.A. Sovremennye statisticheskie metody meditsinskikh issledovaniy [Modern statistical methods for medical research]. Moscow: URSS, 2008. 316 p.
  20. Tsentr demograficheskikh issledovaniy Rossiiskoi ekonomicheskoi shkoly [The Centre for Demographic Research at the New Economic School]. Available at: [http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr\\_indicat/data](http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data) (Accessed 07.03.2016).
  21. Shelygin K.V. Alkohol'naya atributivnost' smertnosti ot samoubiystva na Evropeiskom Severe Rossii v razlichnye istoricheskie periody [Alcohol attributiveness of deaths from suicide in the European North of Russia in different historical periods] // *Narkologiya* [*Narcology*], 2012, no. 8, pp. 44—48.
  22. Shustov D.I., Valentik Yu.V. Alkohol', alkogolizm i suitsidal'noe povedenie (epidemiologicheskii i klinicheskii aspekty) [Alcohol, alcoholism and suicidal behavior (epidemiological and clinical aspects)] // *Voprosy narkologii* [*Journal of Addiction Problems*], 1998, no. 3, pp. 86—93.
  23. Cancer incidence in five continents. Vol. III / J. Waterhouse, C. Muir, P. Correa, J. Powell (eds.). Lyon: IARC, 1976. 456 p.
  24. Nemtsov A. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign // *Addiction*, 1998. Vol. 93, no. 10, pp. 1501—1510.
  25. Nemtsov A. Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965—1999 // *Drug and Alcohol Dependence*, 2003. Vol. 71, no. 2, pp. 161—168. doi: [dx.doi.org/10.1016/S0376-8716\(03\)00094-2](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(03)00094-2)
  26. Preventing suicide: a global imperative: Geneva: World Health Organization, 2014. Available at: <http://psychiatr.ru/download/1863?view=1&name=Suicide-report-a-global-imperative-Rus.pdf> (Accessed 07.03.2016).
  27. Pridemore W.A. Heavy drinking and suicide in Russia // *Social forces*, 2006. Vol. 85, no. 1, pp. 413—424. doi: [10.1353/sof.2006.0138](https://doi.org/10.1353/sof.2006.0138)
  28. Pridemore W.A., Chamlin M. B., Kaylen M.T., Andreev E. The effects of the 2006 Russian alcohol policy on alcohol-related mortality: an interrupted time series analysis // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2014. Vol. 38, no. 1, pp. 257—266. doi: [10.1111/acer.12256](https://doi.org/10.1111/acer.12256)
  29. Pridemore W.A., Chamlin M.B., Andreev E. Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis // *American Journal of Public Health*, 2013. Vol. 103, no. 11, pp. 2021—2026. doi: [10.2105/AJPH.2013.301405](https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301405)
  30. Razvodovsky Y.E. Beverage-Specific Alcohol Sale and Suicide in Russia // *Crisis*, 2009. Vol. 30, no. 3, pp. 1—6. doi [10.1027/0227-5910.30.3](https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.3).
  31. The assessment and management of people at risk of suicide. For Emergency Departments and Mental Health Service Acute Assessment Settings / New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health, 2003. Available at: [http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide\\_guideline.pdf](http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide_guideline.pdf) (Accessed 18.08.2016).

---

ЭССЕ

---

## **ЕСТЬ ЛИ ЖИЗНЬ ПОСЛЕ СМЕРТИ: ИЗ ОПЫТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ ПОСЛЕ ИС- ТИННОЙ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ**

**Е.В. РОМАНОВА\***,  
ГБУЗ НПЦ ПЗДП имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва, Россия,  
dr.romanova@mail.ru

В статье изложены особенности психотерапевтической работы с подростками после совершенной на фоне депрессии истинной суицидальной попытки, определены цели индивидуальной терапии, обращено внимание на психопрофилактическую работу с родителями. Среди множества случаев суицидального и самоповреждающего поведения подростков особое место занимают суицидальные попытки пациентов с депрессивными состояниями. В статье описаны три случая психотерапевтической работы с шестнадцатилетними подростками с диагнозом «депрессивный эпизод тяжелой степени», совершивших истинные суицидальные попытки; изложены особенности их психического статуса, а также его динамики. Из персональных особенностей

### **Для цитаты:**

*Романова Е.В.* Есть ли жизнь после смерти: из опыта психотерапевтической работы с подростками после истинной суицидальной попытки // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 181—189. doi: 10.17759/cpp.20162403011

\* *Романова Елена Владимировна*, психотерапевт, ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы» (ГБУЗ НПЦ ПЗДП имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ), Москва, Россия, dr.romanova@mail.ru

у подростков отмечались сензитивность, склонность к рефлексии, повышенный уровень личностной и социальной тревожности, нарушенная самооценка, когнитивные искажения (негативное селектирование, поляризованное мышление, персонализация, катастрофизация), низкая фрустрационная толерантность, перфекционизм, низкая социальная компетентность, дефицит навыков решения проблем. На основании анализа опыта работы с этими и другими пациентами с текущим депрессивным эпизодом определены цели индивидуальной и семейной психотерапии, возможности и перспективы оказания психотерапевтической помощи.

**Ключевые слова:** дети, подростки, суицид, психотерапия, профилактика.

*«Не важно, как меня зовут, мне 15 лет, и мои родители не захотели меня услышать и принять такой, какая я есть. Они предали меня, выбрав вместо меня какую-то другую девочку, которую они сами себе придумали, а я выбрала смерть. Я пишу это, чтобы вы, родители своих детей, задумались: вы еще можете выбрать с в о и х детей, прислушаться к ним, попытаться понять и принять их выбор как выбор равных вам людей. Не важно, что они выбирают: кого любить, как одеваться, где учиться, с кем дружить, во что верить... Мои родители свой выбор сделали не в пользу меня, может быть, моя смерть поможет сделать правильный выбор вам...»*

Это сообщение было написано неизвестной девочкой на форуме Интернет-службы психологической помощи детям, подросткам и родителям. Крик о помощи, обращение хоть к кому-то, потому что тебя переполняют эмоции. Обида, сожаление, ненависть... Ты уже взрослая, тебе все говорят, что «чего-то там должна». Но ты мала, растерянна, не знаешь, что делать. Мысли путаются, опереться не на что, все доводы ускользают, теряются в пространстве взрослых.

Согласно данным ВОЗ, каждые 40 секунд где-то в мире умирает человек, совершая самоубийство, еще чаще кто-то предпринимает попытку свести счеты с жизнью [1; 2; 4]. Среди молодых людей в возрасте 15—29 лет самоубийства являются второй ведущей причиной смерти [1], а количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет около 13% от общего числа умерших от неестественных причин. По данным ряда авторов у 30% молодых людей в возрасте 14—24 лет возникают суицидальные мысли, 45% девушек и 27% юношей размышляют о самоубийстве [3; 4]. Суицидальные действия совершают 10% девушек и 6% юношей. Половина подростков 15—16 лет совершают повторные попытки самоубийства [1; 3; 4].

Среди множества случаев суицидального и самоповреждающего поведения подростков особое место занимают суицидальные попытки пациентов с депрессивными состояниями. Приведем несколько примеров и про-

анализируем особенности психического статуса пациентов, его динамику, возможности и перспективы оказания психотерапевтической помощи.

**Пациент 1<sup>1</sup>.** Юноша, 16 лет, ученик 10 класса общеобразовательной школы. Диагноз: F32.38 — Депрессивный эпизод тяжелой степени. Наследственность отягощена по линии отца (самоубийство бабушки в возрасте 45 лет, в течение жизни жаловалась на панические атаки).

Раннее развитие по возрасту, рос стеснительным, капризным, обидчивым, плаксивым, хотя охотно общался с детьми. С пяти лет стал менее общительным, болезненно реагировал на ссоры родителей. С шести лет стал негативно относиться к фотографированию, не нравились свои фотографии, неоднократно мял и рвал их (при том, что объективно мальчик выглядел симпатичным). В школу пошел подготовленным, успеваемость хорошая. С 1-го по 4-й класс отмечались сложные взаимоотношения с учителем, был предметом насмешек, некоторое время никому не жаловался, со 2-го класса родителям неоднократно приходилось вмешиваться в ситуацию. С 8-го класса перешел в другую школу, стал отличником по всем предметам, очень переживал из-за возникших сопернических отношений с одноклассником.

Ухудшение состояния мать заметила 1,5—2 года назад: на фоне стрессовых ситуаций стали возникать «панические атаки» (начинал дрожать, немели руки, губы, не мог идти, задыхался, повышалась температура тела). Постепенно сократилось общение со сверстниками, возникло безразличие к близким, стал плаксивым, начал уединяться у себя в комнате. Около 1,5 лет назад родители заметили порезы на бедрах, пытался объяснить тем, что упал с велосипеда или поцарапала собака. Позднее признался родителям, что наносил порезы лезвием, таким образом пытаясь «заглушить душевную боль». Приходя из школы, много ел, говорил, что его раздражают люди. Интересовался у матери, работающей врачом, тем, какие препараты используются для наркоза. Несколько месяцев назад принял около 30 таблеток спазмолитического средства, матери сказал, что «принял смертельную дозу, так как утратил смысл жизни». Обращались к психологу, посетил несколько занятий. Отрицает, что в социальных сетях состоял в группах, обсуждающих самоубийства. Успешно закончил 9-й класс, сдал экзамены, но на выпускной вечер не пошел. Лето провел, практически не выходя из дома, отмечался плохой аппетит, нарушенный сон; чтобы его никто не видел, гулял со своей собакой по ночам.

Сам юноша рассказывает, что в течение недели, предшествующей суицидальной попытке, было плохое настроение, «депрессия, пессимистический настрой, думал обо всем только в негативном свете». Беспо-

---

<sup>1</sup> Некоторые детали биографии во всех описанных случаях изменены для сохранения конфиденциальности.

коился о том, что не складываются отношения со сверстниками, трудно завести друзей. Считал, что все из-за его внешности (не нравилось телосложение, лицо, форма черепа). Считал, что красивые люди более популярны, более открыты, им всегда проще общаться. Без видимой причины появились навязчивые мысли о самоубийстве.

В день суицидальной попытки с вечера не ложился спать, думал, писал прощальные записки. Не беспокоя родителей, под утро тихо вышел из дома и пошел к железнодорожным путям. Не сразу решился встать перед идущим поездом, в течение получаса пропустил несколько составов. Далее подробности произошедшего не помнит. Был доставлен в отделение нейрохирургии в критическом состоянии с множественными травмами. Утром родители обнаружили записки, узнали, что сын в больнице. В течение месяца находился в отделении нейрохирургии, перенес несколько операций.

**Пациент 2.** Девушка, 16 лет, студентка 1-го курса колледжа. Диагноз: F32.2 — Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов. Наследственность отягощена по линии матери (два завершённых самоубийства в зрелом возрасте на фоне психотравмирующих ситуаций).

Раннее развитие по возрасту, детский сад посещала, адаптировалась быстро. Школа с семи лет, подготовлена, училась хорошо. Росла немного замкнутой, сензитивной, увлекалась рисованием, имела подруг, посещала дополнительные занятия (музыка, танцы и др.). С 10 лет стала высказывать недовольство своим внешним видом, стала посещать занятия по аэробике, чтобы стать стройнее. С 13 лет в одежде предпочитает черный цвет, увлеклась «альтернативной» и рок музыкой, много времени проводила за общением в социальных сетях, также увлеклась аниме, стала посещать тематические вечеринки. В 14 лет впервые после позднего возвращения с вечеринки во время конфликта с матерью угрожала выбростись из окна (при этом истинных суицидальных намерений не имела). В социальных сетях состояла в группах, содержащих информацию о смерти, суицидах, переписывалась с виртуальными подругами, которые наносили себе на тело порезы. Около года назад сама стала наносить себе порезы на предплечье, обсуждала это с ними, родителям объясняла, что «все так делают, ей так нравится». Стала несколько грубее в общении дома, более независимой и самостоятельной.

После успешного окончания 9-го класса поступила в колледж, была довольна этим. Спустя 2 месяца стала жаловаться матери, что не складываются отношения с сокурсниками, не нравятся некоторые преподаватели, беспокоилась из-за занятий, стала сомневаться в том, что сможет учиться успешно. Около полугода назад стала встречаться с девушкой, относилась к этому серьезно; были часты конфликты, на фоне которых неоднократно наносила порезы на предплечье, «чтобы успокоиться».



В день совершения суицидальной попытки вернулась из колледжа в плохом настроении, нанесла себе поверхностные порезы, выложила фотографии в социальной сети. По настоянию подруги обработала рану, продолжала фотографировать и выкладывать фотографии в группе, много писала (в том числе подруге о том, что любит ее). Позже подошла к подоконнику и выпрыгнула из окна шестого этажа, подробностей девушка не помнит. Была доставлена в реанимационное отделение с тяжелой сочетанной травмой, неоднократно прооперирована, затем лечилась в травматологическом отделении.

**Пациент 3.** Девушка, 16 лет, ученица 10-го класса общеобразовательной школы. Диагноз: F32.2 — Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов. Наследственность не отягощена.

Раннее развитие по возрасту, детский сад посещала, росла общительной. Обучается в школе с семи лет, успеваемость хорошая. С 6-го класса стала жаловаться на головные боли, утомляемость, сонливость. Плохое настроение, подавленность беспокоят около трех лет, сама девушка связывает это со сложной семейной ситуацией, а также с тем, что некоторое время в социальных сетях приходили анонимные письма неприятного содержания («плохая, ...толстая, ...умри»), начала задумываться о смерти. Через какое-то время не могла избавиться от мыслей о своей никчемности, стала наносить себе порезы с целью «облегчения душевной боли». Около двух лет назад на фоне сниженного настроения и переживаний о бессмысленности жизни выпила большое количество таблеток из домашней аптечки («все, что нашла»), уснула, утром была рвота, к врачу не обращалась, от родителей скрыла. Сожалела, что не получилось умереть, через две недели вновь стала наносить порезы. Еще через полгода вновь думала выпить таблеток, остановили размышления о том, что можно поговорить с родителями, попросить о помощи, но на разговор так и не решилась. Через несколько месяцев стала испытывать «отвращение ко всему», не выходила из дома, нарушился сон, усилились мысли о своей никчемности, нежелании жить, появился страх, что это состояние никогда не закончится, говорила матери, что боится того, что может с собой что-то сделать. Однажды девушка прибежала к матери, сказала, что не хочет жить и не знает, что с ней. Обращались к психиатру и психотерапевту, получала лечение. Через месяц выпила с целью отравления большое количество таблеток, доставлена в реанимационное отделение в тяжелом состоянии.

Во всех описанных случаях у подростков диагностирован депрессивный эпизод тяжелой степени, суицидальные попытки носили истинный характер, ранее им также предшествовало самоповреждающее поведение.

На первом этапе лечения в фокусе внимания психотерапевта находилась семья подростка, столкнувшаяся с ситуацией совершения суицида. По показаниям терапии в индивидуальной и/или семейной форме осуществлялись коррекция эмоционального состояния родителей, работа с чувством вины, купирование актуальности переживаний, кроме того, активизация мотивации членов семьи к поддержанию пациентом комплаенса, формирование «терапевтического» альянса семьи с врачами и т. д.

По мере стабилизации состояния подростка и восстановления жизненно важных функций наряду со специализированной помощью врачей других специальностей участие психиатра, психотерапевта приобретало для самого подростка важное значение. Первостепенна роль адекватной и своевременно назначенной психофармакотерапии. Задача психотерапевта на этом этапе — формирование «терапевтического» альянса, снижение эмоциональной напряженности, комплаенс-терапия.

Позже, по мере стабилизации психического состояния подростка, на фоне психофармакотерапии особое значение приобретало собственно психотерапевтическое вмешательство, организованное с учетом индивидуальных особенностей пациента. Так, в психическом статусе подростков отмечались достаточный уровень интеллектуального развития, сензитивность, интровертированность, склонность к рефлексии, повышенный уровень личностной и социальной тревожности, нарушенная самооценка, когнитивные искажения (негативное селективное, поляризованное мышление, персонализация, катастрофизация), дисморфофобические переживания, низкая фрустрационная толерантность, черты перфекционизма, признаки эмоциональной депривации, низкая социальная компетентность, трудности во взаимоотношениях со сверстниками, дефицит навыков решения проблем. Следует отметить, что у подростков диагностировались компоненты когнитивной триады депрессии (по А. Беку). В семейном статусе пациентов (что намеренно не отражено нами в описании приведенных примеров) отмечались признаки дисфункциональной семейной системы разной степени выраженности.

Психотерапевтическое вмешательство во всех случаях преследовало следующие основные цели<sup>2</sup>:

- 1) коррекция эмоционального состояния, уровня тревожности;
- 2) коррекция самооценки, образа Я, уровня притязаний;
- 3) коррекция степени перфекционизма;

---

<sup>2</sup> Следует отметить, что в двух случаях из описанных на этапе оказания психотерапевтической помощи в условиях стационара присутствовали ограничения в работе, связанные с диссимуляцией пациентами своего состояния, обусловленной желанием скорейшей выписки (что нивелировалось на постгоспитальном этапе).

4) коррекция уровня стрессоустойчивости и фрустрационной толерантности, обсуждение возможностей совладания со стрессом, тренировка использования адаптивных копинг-стратегий;

5) коррекция склонности подростка к импульсивной (ауто)агрессии;

6) работа с когнитивными искажениями и дисфункциональными поведенческими стратегиями.

Наконец, важной составляющей работы была также коррекция жизненных целей (в том числе обсуждение экзистенциальных проблем, смысла существования, выявление оснований для продолжения жизни и пр.), отношения к членам семьи и внутрисемейных отношений, коррекция отношений со сверстниками.

В работе преимущественно использовались когнитивная и экзистенциальная психотерапия. Пациентам давалось общее представление о модели когнитивной терапии при депрессивных и тревожных расстройствах, начиналось обучение навыкам осознания автоматических мыслей и конфронтации с ними. Важно отметить, что при наличии возможности родители также участвовали в обсуждении основных положений и техник когнитивного подхода. В процессе терапии преследовались цели развития навыков эмоциональной саморегуляции, повышения уровня стрессоустойчивости, приобретения навыков решения проблем.

Значимым ресурсом являлось привлечение родителей к участию в семейной и групповой психотерапии (полезна организация постоянно действующей открытой группы психологической поддержки родителей подростков с суицидальным поведением, а также участие их в психообразовательной программе, ставящей своими целями повышение осведомленности родителей по основным вопросам превенции самоубийств).

Таким образом, новый опыт, получаемый подростками (и семьей в целом) в процессе психотерапевтического вмешательства после суицидальной попытки (идентификация и структурирование своих переживаний, коррекция дисфункциональных мыслей, расширение диапазона используемых копинг-стратегий, развитие навыков эмоциональной саморегуляции и т. д.) меняет жизненный путь подростка, снижая его психическую уязвимость и повышая способность успешно адаптироваться к меняющимся условиям среды, противостоять вызовам будущего.

Только комплексное, специально организованное, основанное на методах с доказанной эффективностью и достаточно длительное психотерапевтическое сопровождение подростка с аффективными расстройствами и его семьи сможет предупредить суицидальное и самоповреждающее поведение, значительно повысить эффективность комплексной терапевтической работы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Предотвращение самоубийств. Глобальный императив: пер. с англ. / Под ред. А. Wenzel и др. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. 98 с.
2. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов / Под ред. Х.М. Бертолоте. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2006. 31 с.
3. Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях: метод. рекомендации для педагогов и кураторов / А.Н. Корнетов, И.Л. Шелехов, А.В. Силаева и др. Томск: ООО «Reklamnaya группа Grafika», 2013. 56 с.
4. Смертность российских подростков от самоубийств / А.Е. Иванова, Т.П. Сабгайда, В.Г. Семенова и др. [Электронный ресурс] // М.: ЮНИСЕФ, 2011. 133 с. URL: <http://www.slideshare.net/UNICEFRussia/suicide-book-forinternet> (дата обращения: 10.05.2016).

## IS THERE LIFE AFTER DEATH: FROM PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE WITH ADOLESCENTS AFTER THEIR TRUE SUICIDE ATTEMPT

E.V ROMANONA\*,

Sukhareva Center for Scientific and Applied Research of the Mental Health of Children and Adolescents, Moscow, Russia, dr.romanova@mail.ru

Suicide attempts made by the patients suffering from depression should be considered as a special case in the general category of suicidal and self-injurious behavior. The paper is aimed at describing the examples of psychotherapeutic work with three 16-year-old teenagers who were diagnosed with severe depressive episode and had made a true suicide attempt. It explains the specificity of their mental status in dynamic perspective. The set of the personal characteristics peculiar for such teenage patients includes sensitivity, disposition to reflexivity, higher level of personal and social anxiety, self-esteem disturbance, cognitive distortions (negative selection, polarized thinking, personalization, catastrophizing), low frustration tolerance, perfectionism, low social competence, lack of problem-solving skills. On the basis of these and other cases of severe depressive episodes the author defines the goals for individual and family therapy, the possibilities and perspectives of psychotherapeutic treatment.

**Keywords:** children, teenagers, suicide, psychotherapy, prevention.

### For citation:

Romanova E.V. Is There Life After Death: From Psychotherapeutic Practice With Adolescents After Their True Suicide Attempt. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 181–189. doi: 10.17759/cpp.20162403011. (In Russ., abstr. in Engl.)

\* Romanova Elena Vladimirovna, Psychotherapist, Sukhareva Center for Scientific and Applied Research of the Mental Health of Children and Adolescents, Moscow, Russia, e-mail: dr.romanova@mail.ru

## REFERENCES

1. Predotvrashhenie samoubijstv. Global'nyj imperativ [Preventing suicide. A global imperative]. In A. Wenzel et al. (eds). Geneva: World health organization, 2014. 98 p. (in Russ).
2. Predotvrashhenie samoubijstv. Spravochnoe posobie dlja konsul'tantov [Preventing suicide. A resource for counselors]. In H.M. Bertolote (eds.). Geneva: World health organization, 2006. 31 p. (in Russ).
3. Profilaktika suicidal'nogo povedenija v uchebnyh zavedenijah. Metodicheskie rekomendacii dlja pedagogov i kuratorov / [Prevention of suicidal behavior in education establishments. Methodological guidelines for teachers and curators] / A.N. Kor-netov, I.L. Shelehov, A.V. Silaeva, E.S. et al. Tomsk, 2013. 56 p.
4. Smernost' rossijskih podrostkov ot samoubijstv [Russian adolescent death rate from suicides] // A.E. Ivanova, T.P. Sabgajda, V.G. Semenova, et al. JuNISEF, 2011. — 133 p. Available at: <http://www.slideshare.net/UNICEFRussia/suicide-book-for-internet> (Accessed: 10.05.2016)

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

*Василюк Федор Ефимович* — доктор психологических наук, профессор  
*Гараян Наталья Георгиевна* — зам. главного редактора, доктор психологических наук, профессор

*Филиппова Елена Валентиновна* — кандидат психологических наук, доцент

*Майденберг Эмануэль (США)* — PhD, Clinical Professor of Psychiatry

*Шайб Питер (Германия)* — PhD

*Зарецкий Виктор Кириллович* — кандидат психологических наук

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

*Джудит Бек (США)* — PhD

*Бондаренко Александр Федорович (Украина)* — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент национальной АПН Украины

*Гиппенрейтер Юлия Борисовна* — профессор кафедры общей психологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова

*Грининг Томас (США)* — PhD

*Гулина Марина Анатольевна (Великобритания)* — доктор психологических наук, профессор психологии

*Тагэ Сэфик (Германия)* — MD

*Кадыров Игорь Максумович* — кандидат психологических наук, доцент МГУ имени М.В. Ломоносова

*Кэхеле Хорст (Германия)* — доктор медицины, профессор

*Копьев Андрей Феликсович* — кандидат психологических наук, профессор

*Кочионас Римантас (Литва)* — доктор психологии, профессор

*Кроль Леонид Маркович* — кандидат медицинских наук, профессор

*Лэнгле Альфред (Австрия)* — PhD, MD

*Михайлова Екатерина Львовна* — кандидат психологических наук

*Осорина Мария Владимировна* — кандидат психологических наук, доцент

*Орлов Александр Борисович* — доктор психологических наук

*Петренко Виктор Федорович* — доктор психологических наук, профессор, член корреспондент РАН

*Петровский Вадим Артурович* — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

*Перре Майнрад (Швейцария)* — PhD, professor

*Роджерс Натали (США)* — PhD

*Сарджвеладзе Нодар Ильич (Грузия)* — доктор психологических наук

*Соколова Елена Теодоровна* — доктор психологических наук, профессор

*Сосланд Александр Иосифович* — кандидат психологических наук, доцент

*Тарабрина Надежда Владимировна* — доктор психологических наук, профессор

*Цапкин Вячеслав Николаевич* — кандидат психологических наук

*Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич* — доктор медицинских наук, профессор

## **Требования к материалам, предоставляемым в редакцию<sup>1</sup>**

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: [moscowjournal.cpt@gmail.com](mailto:moscowjournal.cpt@gmail.com)

2. Объем материала не должен превышать 50 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде номера источника из списка литературы в квадратных скобках.

4. Кроме текста статьи должна быть представлена также следующая информация:

Аннотация статьи (1000—1200 знаков) на русском и английском языках.

Ключевые слова на русском и английском языках.

Пристатейные библиографические списки. Подробные рекомендации и требования к оформлению списка литературы и транслитерации представлены на сайте: [http://psyjournals.ru/files/69274/references\\_transliteration\\_rules.pdf](http://psyjournals.ru/files/69274/references_transliteration_rules.pdf)).

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, email, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае, если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате \*.eps или \*.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы сделаны в WORD или EXCEL.

## **Редакционные правила работы с материалами**

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов автору направляется письменный обоснованный отказ.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям ([http://psyjournals.ru/info/homestyle\\_guide/article\\_requirements.shtml](http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/article_requirements.shtml)) является основанием для отправки материала на доработку автору.

**PsyJournals.ru**  
портал психологических изданий



читайте **ЖУРНАЛЫ**  
по психологии online



**ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЭЛЕКТРОННЫЕ ВЕРСИИ  
15 ЖУРНАЛОВ ПО ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКЕ**

- Для университетов, библиотек и научных центров
- Для индивидуальных читателей
- Для зарубежных читателей и организаций



**Оформите подписку в редакции PsyJournals.ru:**

Заявка на подписку: +7 (495) 608-16-27

Заявка на тестовый доступ к журналам: [test@psyjournals.ru](mailto:test@psyjournals.ru)

Подробнее об условиях подписки: [www.PsyJournals.ru](http://www.PsyJournals.ru)



Издательство МГППУ  
Московский государственный  
психолого-педагогический  
университет  
[www.mgppu.ru](http://www.mgppu.ru)