

Когнитивные и поведенческие факторы хронификации суицидального поведения

М.И. Суботич¹ ✉, А.Б. Холмогорова^{1,2}

Отделение кризисных состояний и психосоматических расстройств

¹ ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Российская Федерация, 129090, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3

² ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Российская Федерация, 127051, Москва, ул. Сретенка, д. 29

✉ Контактная информация: Суботич Мария Игоревна, младший научный сотрудник отделения кризисных состояний и психосоматических расстройств ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ». Email: chernaya_masha@mail.ru

АКТУАЛЬНОСТЬ

Самоубийство является одной из ведущих причин смерти во всем мире. Суицидальное поведение является сложным феноменом, включающим суицидальные мысли, намерения и действия, причем далеко не всегда эти действия приводят к смерти и нередко переходят в хроническое суицидальное поведение. Исследование факторов хронификации суицидального поведения необходимо для разработки научно обоснованных программ предупреждения повторных суицидальных попыток.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнить когнитивные и поведенческие стратегии совладания со стрессом у пациентов с однократными суицидальными попытками и хроническим суицидальным поведением.

ГИПОТЕЗА ИССЛЕДОВАНИЯ

У пациентов с повторными попытками суицида более выражены деструктивные когнитивные и поведенческие стратегии совладания со стрессом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 119 пациентов, находящихся на лечении в токсикологическом и соматопсихиатрическом отделении для хирургических больных НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 60 пациентов после первичной попытки суицида, 59 после повторной. Пациентам было предложено заполнить методики: Шкала депрессии (Beck, 1961; Н.В. Тарабрина, 2001), Шкала тревоги (Beck, 1961; Тарабрина, 2001), Шкала Руминаций (W. Treynor et al., 2003; адаптация О.Д. Пуговкиной и соавт., 2021), Шкала Алекситимии (Toronto Alexithymia Scale G.J. Taylor et al., 1985; адаптация Е.Г. Старостиной и соавт. 2009), Опросник COPE (H.S. Carver et al., 1989; адаптация П.А. Иванова и Н.Г. Гаранян, 2013).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациентов с повторными попытками суицида по сравнению с пациентами, совершившими первую попытку, чаще встречается диагноз пограничного расстройства личности, более выражены симптомы депрессии и суицидальная готовность, выше показатели руминативного мышления и алекситимии, отражающих дезадаптивный когнитивный стиль, а также показатели использования деструктивных поведенческих стратегий для совладания со стрессом в форме различных видов избегающего поведения.

Ключевые слова:

суицидальное поведение, повторные суицидальные попытки, хроническое суицидальное поведение, пограничное расстройство личности, алекситимия, стратегии совладания, руминации

Ссылка для цитирования

Суботич М.И., Холмогорова А.Б. Когнитивные и поведенческие факторы хронификации суицидального поведения. *Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь.* 2023;12(3):397–405. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2023-12-3-397-405>

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарность, финансирование

Исследование не имеет спонсорской поддержки

ТИЧ — трудности идентичности чувств
ТОЧ — трудности с описанием чувств

ВОМ — внешне-ориентированное мышление

ВВЕДЕНИЕ

Самоубийство — одна из ведущих причин смерти во всем мире. Суицидальное поведение является сложным феноменом, включающим суицидальные мысли, намерения и действия, причем далеко не всегда эти действия приводят к смерти и нередко переходят в хроническое суицидальное поведение. В настоящее время пациенты, госпитализируемые после суицидальной попытки, в недостаточной мере получают психологическую помощь (психообразование, понимание истории своего заболевания и способ работы с ним, понимание своей дальнейшей маршрутизации после выписки из стационара), что зачастую приводит к отсутствию дальнейшего лечения и повторным суицидальным действиям. Важно учитывать, что каждая попытка суицида увеличивает риск повторения и, в конце концов, приводит к смертельному исходу. На сегодняшний день задача изучения сложной системы факторов, которые приводят к суицидальным действиям и их хронификации, стоит достаточно остро [1, 2].

Известно, что депрессия и другие психические расстройства являются важными факторами совершения попыток суицида. Повторные или неоднократные суицидальные попытки чаще совершают пациенты, страдающие расстройствами личности [3, 4]. Суицидальное поведение для данной группы пациентов является дезадаптивным способом совладания со стрессом, экстремально сильными эмоциями, дереализацией и конфликтами с окружающими [5]. При хронификации суицидального поведения и неоднократных попытках самоповреждения у большинства пациентов могут возникать или нарастать симптомы депрессии или тревоги, что приводит к образованию порочного круга суицидального поведения. У пациентов не формируются конструктивные навыки решения проблем, в том числе обращения за помощью и поддержкой, что усиливает ощущение беспомощности и безнадежности, чувство одиночества и социальной изоляции [6–8].

Исследователь из Великобритании Эдвард Воткинс известен как автор когнитивно-бихевиоральной психотерапии депрессий, сфокусированной на работе с руминативным мышлением — фактором хронификации депрессии [9]. Разработанный им метод психотерапии отличается высоким уровнем доказательности теоретических оснований, которые базируются на экспериментальных исследованиях различных типов мышления — конструктивного и неконструктивного. Конструктивный стиль характеризуется сфокусированностью на конкретных проблемных ситуациях и направленностью на выработку способов их решения. Неконструктивный стиль отличается глобальным и оценочным характером, самообвинениями и самокритицизмом. Такие дезадаптивные личностные черты, как перфекционизм (отсутствие права на ошибку, нереалистично высокие цели и требования к себе) в сочетании с отсутствием навыков решения проблем, являются важными факторами формирования руминативного мышления как деструктивного совладающего когнитивного стиля [10]. Этот стиль характеризуется также избеганием решения проблем, что неизбежно ведет к их накоплению, усилению чувства беспомощности и, в конечном счете, усилению симптомов депрессии и ее хронификации по механизму порочного круга [11]. Повторяющиеся суицидальные мысли повышают когнитивную уязвимость к суици-

дальному поведению за счет снижения порога, необходимого для запуска суицидального эпизода, а по мере возникновения новых попыток происходит снижение болевых порогов и привыкание к переживанию эпизодов аутодеструкции [12].

Согласно интегративной мотивационно-волевой модели суицидального поведения О'Коннора, именно руминативное мышление играет важную роль в переходе от суицидальных мыслей к серьезным намерениям [13]. Модель О'Коннора включает три фазы суицидального поведения: домотивационная, мотивационная и волевая, что отражает взаимосвязь между фоновыми факторами и триггерными событиями, «запускающими» суицидальные мысли, переходящие в намерения вплоть до суицидальной попытки в состоянии безнадежности и безвыходности — чувства «ловушки». Именно руминативное мышление в сочетании с неразвитыми навыками решения проблем является основным механизмом мотивационной фазы и важной мишенью профилактики суицидального поведения. Намерение определяется чувством «ловушки», когда суицидальное поведение рассматривается как единственно возможное решение проблемной ситуации. Таким образом, руминативное мышление в сочетании с другими дезадаптивными копинг стратегиями может формировать ощущение «ловушки» и способствовать его хронификации в качестве деструктивной стратегии разрешения возникших трудностей [14, 15].

О'Коннор и коллеги, исследуя разницу между подростками, совершающими суицидальные попытки, и подростками, имеющими суицидальные мысли, зафиксировал, что именно составляющие волевой фазы (т.е. опыт членовредительства в семье, среди друзей и наличие такой черты как импульсивность) стресса различают эти две группы [16]. Марша Линехан также рассматривает суицидальное поведение как деструктивную стратегию преодоления тяжелых эмоциональных состояний, возникшую в связи с отсутствием эффективных способов совладания с жизненными трудностями [17].

Еще одним важным фактором риска суицида является такая характеристика когнитивно-аффективной сферы, как алекситимия — трудности в понимании чувств, неспособность отделить чувства от физических ощущений, возникающих при эмоциональном возбуждении; трудности трансляции своих чувств другим лицам; недостаточно развитый процесс воображения и когнитивный стиль, ориентированный на преимущественное внимание к внешним событиям [18]. Высокий уровень алекситимии приводит к трудностям сообщения другим о негативном эмоциональном состоянии и, как следствие, к неспособности обратиться к ним за помощью, когда она необходима, отсутствию эмоциональной разрядки и постоянному накоплению негативных эмоций, что, в свою очередь, повышает вероятность внезапной эмоциональной вспышки [19]. Высокий уровень алекситимии связан с плохим уровнем эмоциональной саморегуляции и неразвитыми навыками конструктивного решения проблем, что способствует их накоплению, неспособности понимать других людей и налаживать эмоциональный контакт с ними [20], а в конечном итоге — к чувству безвыходности и повышенному риску суицидального поведения [21].

Цель исследования — сравнить показатели руминативного мышления и алекситимии, а также дезадаптивных поведенческих стратегий совладания с трудностями у пациентов с однократными суицидальными попытками и хроническим суицидальным поведением.

Гипотеза исследования — у пациентов с повторными и неоднократными попытками суицида показатели руминативного мышления, алекситимии и дезадаптивных поведенческих стратегий совладания выше, чем у пациентов с первичной попыткой суицида.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие пациенты ($n=119$), находящиеся на лечении в токсикологическом и соматопсихиатрическом отделении для хирургических больных НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Критерии исключения: трудности заполнения методик ввиду когнитивных особенностей/языкового барьера, возраст до 18. Выборка была разбита на две группы: 1) пациенты, совершившие первичную суицидальную попытку; 2) пациенты, совершившие повторную и неоднократные суицидальные попытки.

Ниже приводится описание каждой из групп.

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

2) Пациенты, совершившие неоднократные попытки суицида. Всего 59 человек, из них 43 женщины (73%) и 16 мужчин (27%). Подавляющее большинство пациентов находилось в активном трудоспособном возрасте от 18 до 45 лет (92% от общей выборки), однако больше половины из них не были трудоустроены: 36 человек (59%). Холосты или никогда не состояли в браке 42 человека (71%). В алкогольном опьянении при совершении суицидальной попытки находился 41 пациент (69%). Большинство пациентов (83%) не имели высшего образования: 17 человек — среднее образование; 25 человек — среднее специальное; 7 человек имели неоконченное высшее образование.

Группы статистически значимо не различались между собой по полу и возрасту.

Для оценки выраженности симптомов тревоги и депрессии использовали:

1. Шкалу депрессии (*Beck*, 1961; Н.В. Тарабрина, 2001) [22] — направлена на оценку выраженности симптомов депрессии.

2. Шкалу тревоги (*Beck*, 1961; Н.В. Тарабрина, 2001) [22] — направлена на оценку выраженности симптомов тревоги.

Для оценки выраженности дезадаптивных когнитивных стилей и поведенческих стратегий как факторов хронификации суицидального поведения использовали:

1. Шкалу Руминаций (*W. Treynor, R. Gonzalez, S. Nolen-Hoeksema*, 2003; адаптация О.Д. Пуговкиной и соавт., 2021) [11], направленную на оценку склонности к руминативному мышлению и включающую 4 подшкалы: 1) «Анергия» — склонность к фиксации внимания на своих депрессивных симптомах; 2) «Поиск глобальных объяснений» — циклические, лишённые специфического конкретного содержания процессы негативного селективного информирования; 3) «Анализ» — склонность подолгу анализировать прошлый негативный опыт; 4) «Переживание одиночества» — постоянное обдумывание и переживание своего одиночества.

2. Шкалу Алекситимии (*Toronto Alexithymia Scale* или *TAS-20* — *G.J. Taylor et al.*, 1985; адаптация Е.Г. Старостиной и соавт. 2009) [18], направленную на диагностику трудностей осознания и выражения чувств, включающую 3 подшкалы: 1) «Трудности идентификации чувств» (ТИЧ) — отражает наличие сложностей распознавания своего собственного эмоционального состояния; 2) «Трудности с описанием чувств другим людям» (ТОЧ) — отражает сложности, связанные с обсуждением эмоциональных состояний с другими людьми; 3) «Внешне-ориентированное (экстернальное) мышление» (ВОМ) — отражает ориентированный на внешние стимулы когнитивный стиль.

3. Опросник *COPE* (*H.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub*, 1989; адаптация П.А. Иванова и Н.Г. Гараняна, 2013) [23], направленный на диагностику продуктивных и непродуктивных копинг-стратегий и включающий 15 шкал: 1) позитивное переопределение события и личностный рост (восприятие стрессора в позитивном свете и его преодоление); 2) психическое избегание (включение в различные виды деятельности для отвлечения от стрессогенного воздействия); 3) фокусировка на эмоциях и их вентилирование (концентрация на переживаниях и выражении чувств); 4) использование инструментальной социальной поддержки (поиск дополнительной информации, совета, помощи); 5) активный копинг (активные действия по преодолению стрессовой ситуации); 6) отрицание (отказ поверить в то, что стрессор существует на самом деле); 7) религиозный копинг (обращение к Богу, молитвы); 8) использование юмора; 9) поведенческое избегание (отказ от любых действий по преодолению стрессора); 10) самоограничение (предотвращение поспешности действий); 11) использование эмоциональной социальной поддержки (поиск утешения, сопереживания, понимания); 12) употребление психоактивных веществ (алкоголя и наркотических веществ); 13) принятие (принятие реальности стрессовой ситуации без активных действий по ее преодолению); 14) оттормаживание всех других занятий (откладывание всех других дел для полной концентрации на проблеме); 15) планирование совладания (обдумывание шагов, которые следует предпринять для решения проблемы).

Статистическую обработку проводили с помощью пакета *SPSS Statistics 27.0 for Windows*. Был использован критерий Манна-Уитни (*U*) для исследования различий в выраженности руминаций, алекситимии и дезадаптивных стратегий совладания в группах пациентов с первичными и неоднократными попытками суицида. За уровень значимости принимали $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для совершения суицидальной попытки пациенты использовали разные способы. Ниже в табл. 1 представлены данные о соотношении разных способов преднамеренного самоповреждения у пациентов с одной и неоднократными суицидальными попытками.

Как видно из таблицы, у пациентов с первичной попыткой суицида более разнообразные способы самоповреждений: от колото-резных ранений предплечий до прыжка с высоты. У пациентов с повторными и неоднократными попытками суицида 3 вида самоповреждений (колото-резаные ранения конечностей; ранения головы, груди, шеи и живота; самоотравления). Пациенты с повторными и неоднократными суицидальными попытками чаще наносили себе колото-резанные ранения конечностей (предплечий) (64%) и колото-резаные ранения шеи, груди и живота (12%), чем пациенты с первичной попыткой суицида (48% и 8% соответственно).

Ниже в табл. 2 представлены данные о соотношении различных клинических диагнозов у лиц с первой попыткой и неоднократными попытками суицида.

Таблица 1

Способы преднамеренного самоповреждения у лиц с неоднократными суицидальными попытками и с первичной суицидальной попыткой

Table 1

Methods of intentional self-harm in persons with repeated suicide attempts and a primary suicide attempt

Психиатрический диагноз	Первичная суицидальная попытка, n=60	Неоднократные суицидальные попытки, n=59
Колото-резаные ранения конечностей (X78)	29 (48%)	38 (64%)
Колото-резаные ранения головы, шеи, груди и живота (X78)	5 (8%)	7 (12%)
Странгуляционная асфиксия (X70)	2 (3%)	0 (0%)
Самоотравление (X61–X69)	17 (28%)	14 (24%)
Прыжок под движущийся объект (X81)	1 (2%)	0 (0%)
Огнестрельные ранения (X72–X74)	1 (2%)	0 (0%)
Укус (X83)	1 (2%)	0 (0%)
Самоповреждение пламенем (X76)	1 (2%)	0 (0%)
Прыжок с высоты (X80)	3 (5%)	0 (0%)

Таблица 2

Психопатологические расстройства у лиц с неоднократными суицидальными попытками и с первичной суицидальной попыткой

Table 2

Psychopathological disorders in patients with repeated suicide attempts and a primary suicide attempt

Психиатрический диагноз	Первичная суицидальная попытка, n=60	Неоднократные суицидальные попытки, n=59
Аффективные расстройства (F32)	16 (26,7%)	18 (30,5%)
Расстройство адаптации (Расстройство приспособительных реакций F43)	10 (16,7%)	4 (6,7%)
Шизофрения и другие острые психозы (F20, F21)	5 (8,2%)	4 (6,7%)
Расстройства личности (F60, F60.2, F10.71, F19.7)	28 (46,7%)	33 (56,1%)
Органические заболевания центральной нервной системы	1 (1,7%)	0 (0%)

У группы с неоднократными попытками суицида более чем в два раза реже встречается диагноз «Расстройство адаптации» (16,7% и 6,7% соответственно), а также примерно на 10% чаще ставится диагноз «Расстройство личности» (56,1% и 46,7% соответственно).

В табл. 3 отражены данные шкалы депрессии Бека о тяжести симптомов депрессии в двух сравниваемых группах.

Как видно из таблицы, пациенты, совершавшие повторные суицидальные попытки, почти в четыре раза чаще отмечали у себя симптомы тяжелой депрессии, чем пациенты с первичной попыткой суицида (29% и 8,3% соответственно). Пациенты с первичной попыткой суицида чаще отмечали у себя отсутствие депрессивных симптомов (70% и 47,5% соответственно).

В табл. 4 приводятся данные шкалы тревоги Бека относительно выраженности симптомов тревоги в двух сравниваемых группах.

Как видно из таблицы, пациенты, совершившие более одной попытки суицида, несколько чаще отмечают у себя высокий уровень тревоги, чем пациенты с

Таблица 3

Выраженность симптомов депрессии при первичной суицидальной попытке и неоднократных суицидальных попытках (Шкала Депрессии Бека)

Table 3

The severity of depression symptoms during a primary suicide attempt and repeated suicide attempts (Beck Depression Inventory)

Распределение пациентов в зависимости от количества попыток суицида и симптомов депрессии	Отсутствие депрессивных симптомов	Симптомы легкой депрессии	Симптомы умеренной депрессии	Симптомы тяжелой депрессии
Первичная суицидальная попытка (n=60)	42 (70%)	5 (8,3 %)	8 (13,4 %)	5 (8,3 %)
Неоднократные суицидальные попытки (n=59)	28 (47,5 %)	5 (8,5%)	9 (15 %)	17 (29 %)

Таблица 4

Выраженность симптомов тревоги и при первичной и неоднократных суицидальных попытках (Шкала Тревоги Бека)

Table 4

The severity of anxiety symptoms during a primary suicide attempt and repeated suicide attempts (Beck Anxiety Inventory)

Распределение пациентов в зависимости от количества попыток суицида и симптомов тревоги	Незначительный уровень тревоги, n (%)	Средний уровень тревоги, n (%)	Высокий уровень тревоги, n (%)
Первичная суицидальная попытка (n=60)	46 (76,7%)	12 (20%)	2 (3,3%)
Неоднократные суицидальные попытки (n=59)	39 (66,1%)	13 (22%)	7 (11,9%)

первичной попыткой суицида (11,9% против 3,3%). В обеих группах чаще всего отмечается незначительный уровень тревоги.

Ниже в табл. 5 приведены данные субъективной оценки той или иной степени готовности к повторному совершению суицида у пациентов двух рассматриваемых групп.

Как видно из табл. 5, та или иная степень суицидальной готовности (мысли, намерения, готовность при удобном случае) почти вдвое чаще встречается у пациентов с неоднократными попытками суицида — 45,8 % против 25% при однократной попытке.

Таким образом, данные, приведенные в табл. 3–5, свидетельствуют о нарастании тяжести психопатологической симптоматики при хронификации суицидального поведения.

Рассмотрим выраженность тех или иных когнитивных стилей в каждой из рассматриваемых групп (табл. 6).

Как видно из табл. 6, статистически значимые различия между двумя группами выявлены как по общему баллу, так и по подшкалам опросника руминативного мышления: «Анергия» и «Переживание одиночества». Данные шкалы отражают такие феномены, как фиксацию внимания на своих депрессивных симптомах и постоянное обдумывание и переживание своей изолированности от других. Полученные данные хорошо соотносятся с концепцией Э. Воткинса, доказывающей деструктивный характер руминативного мышления как фактора хронификации депрессии, а также с концепцией Р. О'Коннора о руминативном мышлении как факторе риска суицида [14, 24, 25].

Данные методики алекситимии, измеряющей выраженность неадаптивного когнитивного стиля, способствующего нарушениям эмоциональной регуляции, представлены в табл. 7.

Как видно из таблицы, выявлены статистически значимые различия как по суммарному баллу шкалы «Алекситимия», так и по двум подшкалам: «Трудности идентификации чувств» и «Трудности с описанием чувств другим людям». Различий в склонности фокусировать внимание на внешних стимулах и ситуациях, а не на внутренних состояниях, не отмечается. Трудности в определении эмоций и описании их другим людям преобладают у лиц с неоднократными попытками суицида. Они ведут к накоплению негативных эмоций, нарушению эмоциональной саморегуляции и импульс-контроля, что, в свою очередь, повышает риск совершения неоднократных суицидальных действий.

Наконец, в табл. 8 представлены различия в выборе поведенческих стратегий совладания со стрессом у пациентов с однократными попытками суицида и хроническим суицидальным поведением.

Как видно из табл. 8, статистически значимые различия между группами отмечаются в таких стратегиях совладания со стрессом, как поведенческое и психологическое избегание, отрицание, «Употребление психоактивных веществ» и «Юмор». Уровень значимости относится к различиям между группами с аналогичными поведенческими стратегиями. Данные стили совладания со стрессом соответствуют с избегающему стилю поведения — стратегии отрицания проблемы, поведенческого ухода от ее решения и стратегии концентрации на негативных эмоциях (вентилирование эмоций), что сходно с руминированием. Показатель

Таблица 5

Наличие суицидальных мыслей и намерений при первичной и неоднократных суицидальных попытках (шкала тревоги Бека)

Table 5

Presence of suicidal thoughts and intentions during a primary suicide attempt and repeated suicide attempts (Beck Anxiety Scale)

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

Таблица 6

Выраженность руминаций у пациентов после первичной и неоднократных суицидальных попыток (шкала руминаций)

Table 6

The severity of rumination in patients after a primary suicide attempt and repeated suicide attempts (Rumination Scale)

Руминации	Среднее значение (стандартное отклонение)		U Манна-Уитни	Уровень значимости
	Суицид в прошлом			
	Нет (n=60)	Да (n=59)		
Общий балл	38,47 (17,55)	50,21 (17,54)	1087,000	0,008
Анергия	12,26 (5,36)	16,28 (5,95)	1026,000	0,002
Поиск глобальных объяснений	9,16 (4,14)	11,35 (4,66)	1232,000	0,069
Анализ	5,82 (2,24)	6,77 (2,12)	1267,000	0,105
Переживание одиночества	5,38 (2,41)	7,16 (2,64)	1033,500	0,003

Таблица 7

Выраженность показателей алекситимии при первичной и неоднократных суицидальных попытках (шкала алекситимии)

Table 7

The severity of alexithymia indicators during a primary suicide attempt and repeated suicide attempts (Alexithymia Scale)

Алекситимия	Среднее значение (стандартное отклонение)		U Манна-Уитни	Уровень значимости
	Суицид в прошлом			
	Не было (n=60)	Происходил (n=59)		
Трудности идентичности чувств	15,2 (6,94)	18,93 (8,47)	1245,000	0,022
Трудности с описанием чувств	12,11 (5,09)	14,60 (5,29)	1196,000	0,010
Внешне-ориентированное мышление	17,56 (5,61)	17,87 (4,53)	1631,500	0,904
Общий балл	46,43 (12,06)	52,14 (14,9)	1260,500	0,028

подшкалы «Юмор» имеет статистически значимое различие между группами, что может свидетельствовать об избегающем стиле совладания со стрессом — дистанцирование в виде юмора, зачастую черного, вместо поиска путей решения возникших проблем. Избегающий стиль совладания препятствует решению проблем, приводит к их накоплению, чувству собст-

венной беспомощности и безнадежности, что может повышать риск повторных суицидальных попыток.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Таким образом, при повторных суицидальных попытках и хронификации суицидального поведения у больных нарастает психопатологическая симптоматика в виде симптомов депрессии, мыслей о повторном суициде и намерений совершить его. У них также чаще встречается диагноз личностного расстройства. Исходные гипотезы получили подтверждение — у пациентов с хроническим суицидальным поведением более высокие показатели по шкалам руминативного мышления и алекситимии, а также показатели деструктивных поведенческих стратегий совладания со стрессом в форме избегания проблем и отстранения от них. При отсутствии конструктивных когнитивных и поведенческих стратегий решения проблем возникает ощущение беспомощности и безнадежности, чувство одиночества и социальной изоляции [26]. Руминативное мышление (навязчивые повторяющиеся мысли о неудачах и одиночестве) в сочетании с дезадаптивными личностными чертами (перфекционизм) может привести к чувству «ловушки», безвыходности и повторным суицидальным попыткам [27, 28]. Также алекситимия, особенно трудности идентификации чувств и их описания другим людям, затрудняет процесс дифференциации и осознания собственных эмоций, что приводит к эмоциональной дисрегуляции и трудностям решения жизненных проблем, в которых необходима помощь других людей [29]. Алекситимия связана с накоплением негативных эмоций, которые на пике аффекта могут «прорываться» в импульсивном поведении и провоцировать повторные суицидальные попытки. Избегающие стратегии совладания со стрессом (уход от решения проблем, дистанцирование от собственных чувств, использование психоактивных веществ, алкоголя или юмора для снижения уровня стресса) приводят не к решению проблем, а к их накоплению. Все вместе это приводит к ощущению безвыходности и повторным попыткам ухода из ситуации путем суицида [30].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе полученных данных можно говорить о необходимости оказания психологической помощи пациентам после попыток суицида уже на этапе госпитализации в скорпомощной стационар. Мишенями такой работы являются психообразование пациентов относительно механизмов их проблем, а также проведение занятий в групповом и индивидуальном формате на основе современных методов оказания помощи пациентам с суицидальной направленностью. Важными задачами профилактики повторных суицидальных попыток являются перестройка дезадаптивного когнитивного стиля, развитие эмоциональной саморегуляции и навыков конструктивного решения проблем, которые далеко не всегда возможно решить в условиях кратковременного пребывания в скорпомощном стационаре. Поэтому важны мотивирование пациентов с высоким суицидальным риском на продолжение работы после выписки из скорпомощного стационара и их дальнейшая маршрутизация в учреждение, где им может быть оказана квалифицированная комплексная медико-психологическая помощь в пролонгированном формате.

Таблица 8

Выраженность различных стратегий совладания у пациентов, совершивших первичную и неоднократные суицидальные попытки (опросник COPE)

Table 8

The severity of various coping strategies in patients after a primary suicide attempt and repeated suicide attempts (COPE Inventory)

Поведенческие стратегии	Среднее значение (стандартное отклонение)		U Манна-Уитни	Уровень значимости, p
	Суицид в прошлом			
	Не было (n=60)	Происходил (n=59)		
Позитив переопределение	9,83 (3,73)	10,88 (2,58)	1495,500	0,464
Психологическое избегание	8,15 (3,18)	9,90 (2,37)	1147,000	0,006
Фокус на эмоции	8,13 (3,32)	9,55 (2,87)	1334,500	0,099
Использование инструментов социальной поддержки	9,48 (3,74)	10,62 (2,98)	1419,500	0,244
Активный копинг	10,28 (3,80)	10,78 (2,38)	1513,500	0,528
Отрицание	6,5 (2,79)	7,83 (2,38)	1285,000	0,052
Религиозный допинг	5,95 (3,64)	6,33 (3,4)	1594,000	0,854
Юмор	7,02 (3,2)	8,72 (3,03)	1245,000	0,030
Поведенческое избегание	6,05 (2,69)	7,81 (2,49)	1121,500	0,004
Самоограничение	9,07 (3,12)	9,98 (2,12)	1512,000	0,520
Использование эмоциональной социальной поддержки	9,93 (3,66)	10,71 (2,8)	1591,500	0,853
Употребление психоактивных веществ	6,05 (3,43)	7,78 (3,64)	1258,500	0,033
Принятие	9,47 (3,44)	10,81 (2,5)	1405,000	0,211
Отторгивание	8,67 (3,25)	9,21 (1,99)	1558,500	0,707
Планирование совладания	10,25 (3,74)	10,67 (2,65)	1608,500	0,927

Выводы

1. У пациентов с хроническим суицидальным поведением чаще встречается диагноз личностного расстройства, у них выше показатели депрессивной симптоматики и они чаще отмечают сохранение суицидальной направленности. Данная группа пациентов склонна использовать менее brutальные способы самоповреждения, такие как самопорезы в области конечностей и самоотравления психотропными препаратами.

2. У пациентов с повторными или неоднократными попытками суицида по сравнению с пациентами с однократной попыткой более выражен дезадаптивный когнитивный стиль в форме руминативного мышления (статистически значимые различия как по общему баллу, так и по подшкалам опросника руминативного мышления: «Анергия» и «Переживание одиночества») и внешне ориентированного мышления (статистически значимые различия как по суммарному баллу шкалы «Алекситимия», так и по двум подшкалам: «Трудности идентификации чувств» и «Трудности с описанием чувств другим людям»). Данные шкалы отражают фиксацию на негативных событиях прошлого и трудности распознавания своих чувств и сообщения о них другим людям. Преобладают деструктивные стратегии решения проблем в форме избегающего поведения (статистически значимые различия между

группами отмечаются в таких стратегиях совладания со стрессом, как поведенческое и психологическое избегание, отрицание, «Употребление психоактивных веществ» и «Юмор»).

3. Важными мишенями профилактики повторных суицидальных попыток являются перестройка руминативного мышления, преодоление алекситимии и развитие эмоционального интеллекта, а также выработка навыков конструктивного решения проблем и стратегий совладания со стрессом. Скорпомощный

стационар, куда попадают пациенты после суицидальной попытки, можно рассматривать как первую ступень такой профилактики, на которой особенно важно психообразование и мотивирование пациентов с высоким риском повторных попыток на продолжение психологической работы после выписки, а также маршрутизация их в учреждения, где им может быть оказана квалифицированная медико-психологическая помощь.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- Gee BL, Han J, Benassi H, Batterham PJ. Suicidal thoughts, suicidal behaviours and self-harm in daily life: A systematic review of ecological momentary assessment studies. *Digit Health*. 2020;6:2055207620963958. PMID: 33224516 <https://doi.org/10.1177/2055207620963958> Collection 2020 Jan-Dec.
- Urnes O. [Self-harm and personality disorders]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009;129(9):872–876. *Norwegian*. PMID: 19415088 <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0140>
- Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10(2):192–205. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>
- Miller IW, Camargo CA Jr, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, et al.; ED-SAFE Investigators. Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(6):563–570. PMID: 28456130 <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0678>
- 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;24(3):69–88. <https://doi.org/10.17759/cpp.2016240305>
- Зинчук М.С., Аведисова А.С., Гехт А.Б. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(3):108–119. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119031108>
- Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016;24(3):144–163. <https://doi.org/10.17759/cpp.20162403009>
- Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Корх М.П., Рахманина А.А., Быкова М.С. Дезадаптивные личностные черты и психопатологическая симптоматика у лиц с первой попыткой суицида и хроническим суицидальным поведением. *Консультативная психология и психотерапия*. 2020;28(1):63–86. <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280105>
- Watkins E, Scott J, Wingrove J, Rimes K, Bathurst N, Steiner H, et al. Rumination-focused cognitive-behaviour therapy for residual depression: a case series. *Behav Res Ther*. 2007;45(9):2144–2154. PMID: 17367751 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.018>
- Watkins ER. Depressive Rumination: Investigating Mechanisms to Improve Cognitive Behavioural Treatments. *Cogn Behav Ther*. 2009;38(Suppl 1):8–14. PMID: 19697180 <https://doi.org/10.1080/16506070902980695>
- Пуговкина О.Д., Сыровквашина А.Д., Истомин М.А., Холмогорова А.Б. Руминативное мышление как когнитивный фактор хронификации депрессии: определение понятия и валидность инструментария. *Консультативная психология и психотерапия*. 2021;29(3):88–115. <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290307>
- Temes CM, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients with Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 years of Prospective Follow-Up. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(1):18m12436. PMID: 30688417 <https://doi.org/10.4088/jcp.18m12436>
- O'Connor RC, O'Carroll RE, Ryan C, Smyth R. Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: a two year prospective study. *J Affect Disord*. 2012;142(1–3):248–255. PMID: 22980400 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.035>
- O'Connor RC, Portzky G. The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Curr Opin Psychol*. 2018;22:12–17. PMID: 30122271 <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.021>
- Сыровквашина К.В., Ошевский Д.С., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Макушкин Е.В., Александрова Н.А. и др. Факторы риска формирования суицидального поведения у детей и подростков (по результатам анализа региональных посмертных судебных экспертиз). *Психология и право*. 2019;9(1):71–84. <https://doi.org/10.17759/psylaw.2019090105>
- Dhingra K, Boduszek D, O'Connor RC. Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behaviour. *J Affect Disord*. 2015;186:211–218. PMID: 26247914 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.007>
- Лайнен М. *Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности*: пер. с англ. Москва: Вильямс; 2007.
- Старостина Е.Г., Тэйлор Г.Дж., Квилти Л.К., Бобров А.Е., Мошняга Е.Н., Пузырева Н.В. и др. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010;20(4):31–38.
- Акименко А.К. Взаимосвязь алекситимии, копинг-стратегий и стили саморегуляции личности. *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика*. 2016;16(3):311–316. <https://doi.org/10.18500/1819-7671-2016-16-3-311-316>
- Брель Е.Ю., Стоянова И.Я. Феномен алекситимии в клинико-психологических исследованиях (обзор литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017;4(97):74–81. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-74-81](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-74-81)
- Ларионов П.М., Гречуха И.А. Роль алекситимии и когнитивной регуляции эмоций в развитии агрессивного поведения подростков. *Клиническая и специальная психология*. 2020;9(4):57–98. <https://doi.org/10.17759/cpse.2020090404>
- Тарабрина Н.В. *Практикум по психологии посттравматического стресса*. СПб: Питер, 2001.
- Гаранян Н.Г., Иванов П.А. Апробация опросника копинг-стратегий (COPE). *Психологическая наука и образование*. 2010;15(1):82–93.
- Watkins ER. *Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression*. New York: Guilford; 2016.
- Бек А. Когнитивная терапия депрессий. *Консультативная психология и психотерапия*. 1996;4(3). URL: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/1996_n3/cpp_1996_n3_25531.pdf [Дата обращения 24 мая 2023 г.]
- Klonsky ED, Saffer BY, Bryan CJ. Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Curr Opin Psychol*. 2018;22:58–43. PMID: 30122276 <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>
- Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В. Руминации как психологический механизм формирования и поддержания суицидального поведения. *Современная зарубежная психология*. 2022;11(1):124–136. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2022110112>
- Miranda R, Nolen-Hoeksema S. Brooding and reflection: rumination predicts suicidal ideation at one-year follow up in a community sample. *Behav Res Ther*. 2007;45(12):3088–3095. PMID: 17825248 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.07.015>
- Москачова М.А., Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Алекситимия и способность к эмпатии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2014;22(4):98–114.
- Watkins ER. Constructive and Unconstructive Repetitive Thought. *Psychol Bull*. 2008;134(2):163–206. PMID: 18298268 <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>

REFERENCES

1. Gee BL, Han J, Benassi H, Batterham PJ. Suicidal thoughts, suicidal behaviours and self-harm in daily life: A systematic review of ecological momentary assessment studies. *Digit Health*. 2020;6:2055207620963958. PMID: 33224516 <https://doi.org/10.1177/2055207620963958eCollection2020Jan-Dec>.
2. Urnes O. [Self-harm and personality disorders]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009;129(9):872–876. *Norwegian*. PMID: 19415088 <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0140>
3. Gratz KL. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10(2):192–205. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>
4. Miller IW, Camargo CA Jr, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, et al.; ED-SAFE Investigators. Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(6):563–570. PMID: 28456130 <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0678>
5. Chernaia MI, Kholmogorova AB, Zubareva OV, Zhuravleva TV. Clinical and socio-psychological characteristics of patients with suicidal attempts. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2016;24(3):69–88. (In Russ.) <https://doi.org/10.17759/cpp.2016240305>
6. Zinchuk MS, Avedisova AS, Guekht AB. Nonsuicidal self-injury behavior in non-psychotic disorders: epidemiology, social and clinical risk factors. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2019;119(3):108–119. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119031108>
7. Kholmogorova AB. Suicidal behavior: theoretic model and practical implications in cognitive-behavioral therapy. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2016;24(3):144–163. (In Russ.) <https://doi.org/10.17759/cpp.20162403009>
8. Kholmogorova AB, Subotich MI, Korkh MP, Rakhmanina AA, Bykova MS. Maladaptive Personality Traits and Psychopathological Symptoms in Individuals with the First Suicidal Attempt and with Chronic Suicidal Behavior. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2020;28(1):63–86. (In Russ.) <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280105>
9. Watkins E, Scott J, Wingrove J, Rimes K, Bathurst N, Steiner H, et al. Rumination-focused cognitive-behaviour therapy for residual depression: a case series. *Behav Res Ther*. 2007;45(9):2144–2154. PMID: 17367751 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.018>
10. Watkins ER. Depressive Rumination: Investigating Mechanisms to Improve Cognitive Behavioural Treatments. *Cogn Behav Ther*. 2009;38(Suppl 1):8–14. PMID: 19697180 <https://doi.org/10.1080/16506070902980695>
11. Pugovkina OD, Syrokvashina AD, Istomin MA, Kholmogorova AB. Ruminative Thinking in Chronic Depression: Concept and Validity of Measures. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2021;29(5):88–115. <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290507>. (In Russ.)
12. Temes CM, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients with Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 years of Prospective Follow-Up. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(1):18m12436. PMID: 30688417 <https://doi.org/10.4088/jcp.18m12436>
13. O'Connor RC, O'Carroll RE, Ryan C, Smyth R. Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: a two year prospective study. *J Affect Disord*. 2012;142(1–3):248–255. PMID: 22980400 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.035>
14. O'Connor RC, Portzky G. The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Curr Opin Psychol*. 2018;22:12–17. PMID: 30122271 <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.021>
15. Syrokvashina KV, Oshevsky DS, Badmaeva VD, Dozortseva EG, Makushkin EV, Aleksandrova NA, et al. Risk factors of fashioning of suicidal behavior in children and adolescents (based on the analysis of regional posthumous forensic evaluation). *Psychology and Law*. 2019;9(1):71–84. (In Russ.) <https://doi.org/10.17759/psylaw.2019090105>
16. Dhingra K, Boduszek D, O'Connor RC. Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behaviour. *J Affect Disord*. 2015;186:211–218. PMID: 26247914 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.007>
17. Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, London: Guilford Press, 1993. (Russ. Ed.: Laynen M. Kognitivno-povedencheskaya terapiya pogrannichnogo rasstroystva lichnosti. Moscow: Vil'yams Publ.; 2007.)
18. Starostina EG, Taylor GD, Quilty LK, Bobrov AE, Moshnyaga EN, Puzyreva NV, et al. A New 20-Item Version of the Toronto Alexithymia Scale: Validation of the Russian Language Translation in a Sample of Medical Patients. *Social and Clinical Psychiatry*. 2010;20(4):31–38. (In Russ.)
19. Akimenko AK. Relationship between Alexithymia, Coping Strategies and a Self-regulation Style. *Izvestiya of Saratov University. Philosophy. Psychology. Pedagogy*. 2016;16(3):311–316. (In Russ.) <https://doi.org/10.18500/1819-7671-2016-16-3-311-316>
20. Brel' EYu, Stoyanova IYa. Phenomenon of alexithymia in clinical-psychological studies (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017;4(97):74–81. (In Russ.) [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-74-81](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-74-81)
21. Larionov P, Grechukha IA. The Role of Alexithymia and Cognitive Emotion Regulation in the Development of Aggressive Behavior in Adolescents. *Clinical Psychology and Special Education*. 2020;9(4):57–98. (In Russ.) <https://doi.org/10.17759/cpse.2020090404>
22. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa*. Saint Petersburg: Piter Publ., 2001. (In Russ.)
23. Garanyan NG, Ivanov PA. Validation of the Coping Strategies Questionnaire COPE. *Psychological Science and Education*. 2010;15(1):82–93. (In Russ.)
24. Watkins ER. *Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression*. New York: Guilford; 2016.
25. Bek A. Kognitivnaya terapiya depressiy. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 1996;4(3). (In Russ.) Available at: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/1996_n3/cpp_1996_n3_25531.pdf [Accessed May 24, 2023]
26. Klonsky ED, Saffer BY, Bryan CJ. Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Curr Opin Psychol*. 2018;22:38–43. PMID: 30122276 <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>
27. Sagalakova OA, Truettsev DV, Zhirnova OV. Rumination as a psychological mechanism in the suicidal behavior formation and maintenance. *Journal of Modern Foreign Psychology*. 2022;11(1):124–136. (In Russ.) <https://doi.org/10.17759/jmfp.2022110112>
28. Miranda R, Nolen-Hoeksema S. Brooding and reflection: rumination predicts suicidal ideation at one-year follow up in a community sample. *Behav Res Ther*. 2007;45(12):3088–3095. PMID: 17825248 <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.07.015>
29. Moskacheva MA, Kholmogorova AB, Garanyan NG. Alexithymia and empathy. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2014;22(4):98–114. (In Russ.)
30. Watkins ER. Constructive and Unconstructive Repetitive Thought. *Psychol Bull*. 2008;134(2):163–206. PMID: 18298268 <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Суботич Мария Игоревна

младший научный сотрудник отделения кризисных состояний и психосоматических расстройств
ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»;

<https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>, chernaya_masha@mail.ru;

70%: проведение исследования, подготовка и редактирование текста, утверждение
окончательного варианта статьи

Холмогорова Алла Борисовна

доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической
психологии, ФГБОУ ВО ВО МГППУ; ведущий научный сотрудник, ГБУЗ «НИИ СП им.
Н.В. Склифосовского ДЗМ»;

<https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, kholmogorova@yandex.ru;

30%: утверждение окончательного варианта статьи, разработка концепции

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Cognitive and behavioral factors in the chronification of suicidal behavior

M.I. Subotich¹ ✉, A.B. Kholmogorova^{1,2}

Department of Crisis Conditions and Psychosomatic Disorders

¹ N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine

3, B. Sukharevskaya Sq., 129090, Moscow, Russian Federation

² Moscow State University of Psychology and Education

29, Sretenka Str., 127051, Moscow, Russian Federation

✉ **Contacts:** Maria I. Subotich, Junior Researcher, Department of Crisis Conditions and Psychosomatic Disorders, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine.
Email: chernaya_masha@mail.ru

RELEVANCE Suicide is one of the leading causes of death worldwide. Suicidal behavior is a complex phenomenon that includes suicidal thoughts, intentions and actions; and those actions do not always lead to death, but often turn into chronic suicidal behavior. The study of the factors in chronification of suicidal behavior is necessary for the development of evidence-based programs for the prevention of repeated suicide attempts.

AIM OF STUDY is to compare cognitive and behavioral strategies for coping with stress in patients with single suicide attempts and chronic suicidal behavior.

THE HYPOTHESIS OF THE STUDY is that in patients with repeated suicide attempts, destructive cognitive and behavioral strategies for coping with stress are more pronounced.

MATERIALS AND METHODS The study included 119 patients treated at the somatopsychiatric and toxicology departments, 60 patients after the primary suicide attempt, 59 – after repeated ones. Patients were asked to complete the following procedures: Beck Depression Inventory (Beck, 1961; N.V. Tarabrina, 2001), Beck Anxiety Inventory (Beck, 1961; Tarabrina, 2001), Rumination Scale (Treyner W. et al., 2003; adaptation by O.D. Pugovkina et al., 2021), Alexithymia Scale (Toronto Alexithymia Scale G.J. Taylor et al., 1985; adaptation by Starostina E.G. et al. 2009), COPE Inventory (Ch.S. Carver et al., 1989; adaptation by P.A. Ivanov and N.G. Garanyan, 2013).

RESULTS Patients after repeated suicide attempts, compared with patients who made the first attempt, are more likely to be diagnosed with borderline personality disorder, have more pronounced symptoms of depression and suicidal readiness, higher rates of ruminative thinking and alexithymia – reflecting a deceptive cognitive style, – as well as indicators of the use of destructive behavioral strategies for coping with stress in the form of various types of avoidance behavior.

Keywords: suicidal behavior, repeated suicide attempts, chronic suicidal behavior, borderline personality disorder, alexithymia, coping strategies, ruminations

For citation Subotich MI, Kholmogorova AB. Cognitive and behavioral factors in the chronification of suicidal behavior. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2023;12(3):397–405. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2023-12-3-397-405> (in Russ.)

Conflict of interest Author declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments, sponsorship The study has no sponsorship

Affiliations

Maria I. Subotich

Junior Researcher, Department of Crisis Conditions and Psychosomatic Disorders, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine;

<https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>, chernaya_masha@mail.ru;

70%, conducting research, preparing and editing the text, approving the final version of the article

Alla B. Kholmogorova

Doctor of Psychology, Professor, Dean, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education; Leading Researcher, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine;

<https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, kholmogorova@yandex.ru;

30%, approval of the final version of the article, development of the concept

Received on 23.05.2023

Review completed on 27.06.2023

Accepted on 27.06.2023

Поступила в редакцию 23.05.2023

Рецензирование завершено 27.06.2023

Принята к печати 27.06.2023