

## **СУИЦИДАЛЬНОЕ И ПАРАСУИЦИДАЛЬНОЕ РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ СРЕДИ ВЫСОКООБРАЗОВАННОЙ МОЛОДЕЖИ: ДИХОТОМИЯ ФОРМИРОВАНИЯ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ КОПИНГ-ТЕРАПИИ**

*Н.А. Бохан, И.В. Воеводин, А.И. Мандель, А.Ф. Аболонин*

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» НИИ психического здоровья, г. Томск, Россия

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия  
ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», г. Томск, Россия

### Контактная информация:

Бохан Николай Александрович – академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Место работы и должность: руководитель отделения аддиктивных состояний, директор НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: bna909@gmail.com

Воеводин Иван Валерьевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 5675-7498; Researcher ID: J-2399-2017; ORCID iD: 0000-0002-3988-7660). Место работы и должность: старший научный сотрудник НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Доцент кафедры социальной работы ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: i\_voevodin@list.ru

Мандель Анна Исаевна – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7428-9823; Researcher ID: J-1692-2017; ORCID iD: 0000-0002-6020-6604). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: appa-mandel@mail.ru

Аболонин Алексей Федорович – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 6890-5624; Researcher ID: J-3147-2017; ORCID iD 0000-0002-3559-5441). Место работы и должность: старший научный сотрудник НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Телефон: (3822) 72-43-79. Электронный адрес: abolonin2004@mail.ru

Цель исследования: обоснование и оценка эффективности программы когнитивно-поведенческой копинг-терапии аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств, дифференцированной на базе направленности аутоагрессии, в сравнении с общей (недифференцированной) программой. Материалы и методы: обоснование методики проведено на группе пациентов 18-35 лет (127 обследованных, из них с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя – 45, вследствие употребления наркотиков – 34, с непсихотическим тревожно-депрессивными расстройствами – 48). В апробации методики приняли участие 79 пациентов аналогичных клинических групп (34, 10 и 35 человек соответственно). Применены клинико-психопатологический, психометрический, клинико-динамический и статистический методы. Результаты: методом кластерного анализа пациенты были разделены на две группы: 1 кластер – с аутоагрессивностью в виде склонности к парасуицидальному рискованному поведению (стенничное реагирование), 2 кластер – с аутоагрессивностью в виде склонности к суицидальности (гипостенничное реагирование). Выделенные группы различались по когнитивному стилю (нарушенный баланс рискованности в сторону неоправданного риска в 1 кластере; оценочное дихотомическое мышление, низкая фрустрационная толерантность и внешний локус контроля – во 2 кластере) и копинг-стилю (неадаптивное эмоциональное реагирование на стресс, низкий самоконтроль при общей склонности к разрешающему копингу – в 1 кластере и склонность к пессимистичному прогнозированию, изоляции в стрессовых ситуациях, избегающему копингу – во 2 кластере). Рассмотрены микросоциальные, психологические и клинические особенности кластеров в каждой клинической группе. Данные различия легли в основу дифференцированных психотерапевтических вмешательств. В результате применения дифференцированной программы удалось добиться повышения комплаенса (с 60,6 до 78,5%) и улучшения показателей в отношении эффективности отказа от потребления наркотиков (с 47,1 до 81,0%), редукции тревоги (с 47,4 до 65,1%) и депрессии (с 42,2 до 65,4%), отказа от рискованного поведения (с 38,5 до 63,2%), а также рационализации когнитивного стиля (с 24,0 до 47,8%), по сравнению с резуль-

татами общей недифференцированной программы. Заключение: методика дифференцирования когнитивно-поведенческой копинг-терапии на базе направленности аутоагрессии повышает эффективность вмешательств при аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройствах.

*Ключевые слова:* аутоагрессивность, парасуицидальное рискованное поведение, суицидальные мысли, аддиктивные расстройства, тревожно-депрессивные расстройства, когнитивно-поведенческая терапия, копинг

Вопросы изучения феномена рискованности, как проявления аутоагрессии (аутодеструкции, парасуицидальности), чаще рассматриваются в психолого-педагогической научной литературе и в меньшей степени находят отражение в литературе медицинской [1]. Указывается, что рискованность, как черта характера, связана с активностью, инициативностью, лёгкостью установления контактов – и, соответственно, со вступлением в сомнительные мероприятия [2], в том числе потребление психоактивных веществ [3]. Среди психологических особенностей лиц, склонных к риску, описываются как неадаптивные характеристики (например, рискованное поведение рассматривается как ответная реакция на неконтролируемый стресс) [4], так и достаточно адаптивные – независимость, практичность, высокая самооценка [5]. В целом, изучение и превенция рискованного поведения, как одного из специфических проявлений аутодеструкции, является актуальной задачей [6].

Другой распространённой и более изученной в медицинском аспекте формой молодёжной аутодеструктивности выступает суицидальное поведение. При этом Д.Ф. Хритинин с соавт. [7] рассматривают молодёжный студенческий контингент, как группу повышенного риска по суицидальному поведению. К подобным выводам приходят и другие авторы, указывая, что серьёзной проблемой студенческой дезадаптации является её суицидальная направленность [8, 9]. По данным Н.А. Бохана с соавт. [10], проблема актуальна в психиатрической и наркологической практике, при этом пациенты далеко не всегда самостоятельно сообщают о наличии суицидальных мыслей. Для повышения выявляемости суицидальных мыслей у пациентов с зависимостями рекомендуется учитывать комплекс факторов, сопряжённых с суицидальностью – прогрессивность расстройства, тяжесть аффективных проявлений, мотивы потребления и др. [11, 12]. Указывается на необходимость использования специальных клинических опросников для оценки уровня суицидального риска [13].

Депрессивность и суицидальность рассматривает в качестве одного из факторов

наркотизации и указывает на взаимосвязь суицидального и аддиктивного поведения, как важный патогенетический аспект [14]. Наличие суицидальных мыслей у пациентов с зависимостями связано со специфическими психологическими особенностями [15, 16, 17], определяющими своеобразную клинику основного заболевания, в том числе проявляющуюся в виде несуйцидальных аутодеструктивных актов [18].

Таким образом, аутоагрессивное поведение, как проявление поведения деструктивного, тесно связано с личностными особенностями и может иметь важное значение в этиопатогенезе зависимостей и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств [19]. Следует отметить, что устоявшиеся представления о деструктивном и аутодеструктивном поведении молодежи как следствии семейного и социального неблагополучия, нуждаются в пересмотре. В данное поведение втягивается всё больше детей из благополучных семей, с академическими успехами, достаточно социально адаптированных [20]. Для работы с данным контингентом необходимо разрабатывать принципиально новые модели вмешательств – во взаимосвязи как с аддиктивными [21, 22], так и с тревожно-депрессивными расстройствами [23].

По результатам изучения взаимосвязи иррациональных когнитивных установок (ИКУ) и копинг-поведения молодежи в Научно - исследовательского института психического здоровья Томского НИМЦ РАН была обоснована и разработана программа когнитивно-поведенческой копинг-терапии (КПК-терапии) аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств [24]. Апробация программы на трёх группах пациентов в возрасте от 18 до 35 лет (алкогольная зависимость, наркотическая зависимость, тревожно-депрессивные расстройства) показала следующие результаты. Общая комплаентность (явка на контрольную точку) составила 60,6%. Из выявленной на момент первичного обследования симптоматики в результате КПК-терапии удалось добиться (как «отсутствие подтвержденного положительного результата» трак-

товались и случаи неявики на контрольную точку):

– стойкой ремиссии в отношении злоупотребления алкоголем (при наличии зависимости и без зависимости, но с соответствием критериям употребления с вредными последствиями) – 50,9% случаев;

– стойкой ремиссии в отношении употребления наркотиков (синтетических каннабиноидов) – 47,1%;

– редуцирования тревожной симптоматики (нормализация показателей по шкалам HADS, Спилбергера-Ханина) – 47,4%;

– редуцирования депрессивной симптоматики (нормализация показателей по шкалам HADS, шкала депрессии Бека) – 42,2%;

– повышения уровня социально - психологической адаптации (по шкале SASS) – 14,7%;

– отказ от рискованного поведения – 38,5%;

– прекращение противоправного поведения – 50,0%;

– повышение рациональности когнитивного стиля (по опроснику Personal Beliefs Test с приложением НИИ психического здоровья) – 24,0%;

– повышение адаптивности копинг-стиля (по опроснику Амирхана) – 25,3%.

На следующем этапе работы была поставлена задача повышения эффективности психотерапевтического компонента вмешательств, за счет его дифференцирования, придания адресности. В качестве одного из оснований для дифференцирования может служить такая характеристика, как аутоагрессивность, проявляющаяся в нарушениях социального функционирования и в выявленных у пациентов психопатологических симптомах. Проявления аутоагрессивности достаточно многообразны, при этом противоположными проявлениями аутоагрессивности и, соответственно, основанием для дифференцированного подхода могут выступать склонность к рискованному поведению (рискованность) и суицидальность (прежде всего, в виде наличия у пациентов суицидальных мыслей) [25].

Цель исследования: обоснование и оценка эффективности программы когнитивно-поведенческой копинг-терапии аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств, дифференцированной на базе направленности аутоагрессии, в сравнении с общей программой.

Материалы и методы.

Обоснование методики проведено на клинической группе из 127 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет, средний возраст на момент обследования 24 (20; 30) года; из них мужского пола – 60 (47,2%), женского пола – 67 (52,8%). Пациенты с алкогольной зависимостью и употреблением алкоголя с вредными последствиями (F10.2 и F10.1) – 45 (35,4%) наблюдений, пациенты с наркотической зависимостью и употреблением с вредными последствиями, синтетические каннабиноиды (F12.2 и F12.1) – 34 (26,8%), пациенты с непсихотическими тревожно-депрессивными расстройствами (F4х, исключая F44) – 48 (37,8%).

В апробации разработанной дифференцированной программы приняли участие 79 пациентов в возрасте от 19 до 35 лет, средний возраст на момент обследования 26 (21; 32) лет; из них мужского пола – 37 (46,8%), женского пола – 42 (53,2%); с алкогольной зависимостью – 34 (43,0%); с наркотической зависимостью – 10 (12,7%), с тревожно-депрессивными расстройствами – 35 (44,3%).

В контрольной точке были оценены 10 показателей (комплаенс, употребление алкоголя, употребление наркотиков, тревога, депрессия, социально-психологическая адаптация, рискованное поведение, противоправное поведение, когнитивный стиль, копинг-стиль).

В исследовании использованы методы:

– клиничко - психопатологический (в соответствии с Картой стандартизированного описания пациента НИИ психического здоровья, адаптированной к задачам исследования);

– психометрический (оценка тревожной и депрессивной симптоматики – шкалы HADS, Спилбергера-Ханина, депрессии Бека; оценка когнитивного стиля – опросник Personal Beliefs Test с приложением НИИ психического здоровья; оценка копинг-стиля – методики Е.Нейм в интерпретации НИИ психического здоровья [24] и J.Amirkhan);

– клиничко-динамический (оценка симптоматики в динамике);

– статистический (кластерный анализ по среднему, кластеризация по вариантам и по случаям, сравнительный анализ – критерий  $\chi^2$ , тест Манна-Уитни).

Результаты и обсуждение.

В каждой группе был проведен кластерный анализ оцененных в баллах нарушений социального функционирования (рискованное пове-

дение, агрессивность, коммуникативные нарушения, тягостное одиночество), нехимических (гаджет) аддикций, химических аддикций (употребление табака, алкоголя и наркотиков), психопатологических симптомов (гипотимия, астения, диссомния, дисфорические и обсессивные проявления, суицидальные мысли), сомато-вегетативных проявлений.

Результаты проведённого кластерного анализа по вариантам представлены в таблицах 1-3. Как видно из полученных данных, во всех трёх случаях (при алкогольной, наркотической зависимости и тревожно-депрессивных расстройствах) рискованное поведение и суицидальные мысли относятся к разным кластерам, что, по нашему мнению, свидетельствует о возможности использования различной направленности аутоагрессии (сопряжённой со стеничным реагированием, в виде рискованности, либо с гипостеничным реагированием, в виде суицидальности) для дифференцирования психотерапевтического компонента вмешательств.

Таблица 1

Варианты формирования алкогольной зависимости с позиций, обнаруженной патопсихологической и психопатологической симптоматики

Кластеризация по k-среднему:	CLUSTER	DISTANCE
Вегетативные нарушения	1	0,40
Рискованное поведение	1	0,38
Виртуальная аддикция	1	0,39
Агрессивность	1	0,40
Употребление наркотиков	1	0,44
Обсессивная симптоматика	2	0,31
Курение табака	2	0,41
Гипотимия	2	0,34
Астения	2	0,35
Соматические нарушения	2	0,40
Тягостное одиночество	2	0,41
Диссомния	2	0,37
Дисфорические проявления	2	0,34
Коммуникативные нарушения	2	0,42
Суицидальные мысли	2	0,45

После анализа по вариантам в каждой группе был проведён кластерный анализ по

случаям с отнесением каждого пациента к 1 или 2 кластеру. Данная процедура позволила провести сравнительный анализ микросоциальных характеристик, когнитивного и копинг-стиля между кластерами в каждой группе, по результатам которого было обосновано дифференцирование психотерапии.

Таблица 2

Варианты формирования наркотической зависимости с позиций обнаруженной патопсихологической и психопатологической симптоматики

Кластеризация по k-среднему:	CLUSTER	DISTANCE
Виртуальная аддикция	1	0,39
Рискованное поведение	1	0,40
Злоупотребление алкоголем	1	0,35
Астения	2	0,29
Соматические нарушения	2	0,37
Вегетативные нарушения	2	0,38
Диссомния	2	0,40
Гипотимия	2	0,37
Обсессивная симптоматика	2	0,40
Агрессивность	2	0,37
Суицидальные мысли	2	0,51
Коммуникативные нарушения	2	0,34
Тягостное одиночество	2	0,41
Курение табака	2	0,39
Дисфорические проявления	2	0,26

При алкогольной зависимости (табл. 1) стеничный кластер (рискованность) сопряжён с агрессивностью и вегетативными нарушениями. Проявления психопатизации обнаруживаются в направленности сферы интересов – увеселительные заведения (в 14,3% случаев,  $\chi^2=4,03$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0447$ ); деньги (21,4%,  $\chi^2=6,24$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0125$ ); времяпрепровождение с потреблением психоактивных веществ (14,3%,  $\chi^2=4,03$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0447$ ), и преобладании алкогольной мотивировки гиперактивации (75,0% случаев). Для специфики психотерапевтического компонента вмешательств имеют ведущее значение ИКУ нарушенного баланса рискованности (неоправданность риска в 51,9% случаев при 12,5% у представителей гипостеничного кластера,  $\chi^2=10,12$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0063$ ) и неадаптивности модуля копинга

М4 (эмоционального реагирования) – 62,5% при 25,0% в гипостеничном кластере,  $\chi^2=7,49$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0236$ .

Гипостеничный кластер (повышенного суицидального риска) отличается более частым использованием гедонистической мотивировки алкоголизаций (неумением получать неадекватное удовольствие, 94,1% случаев), высокой распространённостью ИКУ оценочного дихотомического мышления (52,9% при 25,0% в стеничном кластере,  $\chi^2=8,42$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0149$ ), неадаптивностью модуля М5 (прогноза) – с преобладанием пессимистического вектора в 56,3% случаев при 16,7% в стеничном кластере,  $\chi^2=7,49$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0236$ .

Таблица 3

Варианты формирования тревожно-депрессивных расстройств с позиций обнаруженной патопсихологической и психопатологической симптоматики

Кластеризация по k-среднему:	CLUSTER	DISTANCE
Виртуальная аддикция	1	0,48
Рискованное поведение	1	0,29
Злоупотребление алкоголем	1	0,27
Курение табака	1	0,32
Употребление наркотиков	1	0,27
Вегетативные нарушения	2	0,38
Диссомния	2	0,39
Дисфорические проявления	2	0,28
Соматические нарушения	2	0,39
Агрессивность	2	0,37
Суицидальные мысли	2	0,37
Коммуникативные нарушения	2	0,45
Тягостное одиночество	2	0,44
Астения	2	0,34
Гипотимия	2	0,34
Обсессивная симптоматика	2	0,35

При наркотической зависимости (табл. 2) стеничный кластер сопряжён с виртуальной и алкогольной аддикцией. Представители кластера воспитывались сравнительно чаще в условиях потворствующей гиперопеки (42,1%), и чаще характеризуются высоким уровнем социально-психологической адапта-

ции (42,1% случаев при 13,3% в гипостеничном кластере,  $\chi^2=7,98$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0185$ ). Когнитивная иррациональность ожидаемо проявляется в ИКУ нарушения баланса рискованности (в сторону неоправданности риска – 76,0% при 33,3% во втором кластере,  $\chi^2=9,55$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0085$ ), копинг-стиль сравнительно адаптивен (с высокой выраженностью разрешающего копинга в 50,0% случаев vs. 8,3%,  $\chi^2=8,96$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0113$ ), что может быть использовано как ресурс копинг-профилактики.

Гипостеничный кластер (суицидальность) связан с вегетативными нарушениями и агрессивностью – в отличие от алкогольной зависимости. Воспитание данных пациентов сравнительно чаще происходило в условиях гипоопеки (13,3%) и бессистемных (40,0%,  $\chi^2=8,89$ ;  $df=4$ ;  $p=0,0422$ ). В развитии психических и поведенческих расстройств в данном случае установлена значимая роль хронических психотравмирующих ситуаций (наличие, при различной степени субъективной значимости, в 86,7% случаев vs. 47,4% в первом кластере,  $\chi^2=7,34$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0255$ ). Кластер характеризуется низкой адаптацией. В клинической картине межкластерные различия проявляются высокими уровнями распространённости тревоги (100% vs. 31,6%,  $\chi^2=16,62$ ;  $df=1$ ;  $p=0,00005$ ) и депрессии (60,0% vs. 21,1%,  $\chi^2=5,38$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0203$ ), а также их выраженности, за счёт личностной тревожности, по методике Спилбергера-Ханина (52 (48; 63) балла vs. 39 (34; 44) баллов,  $Z=-3,94$ ,  $p=0,0001$ ), и когнитивно-аффективного компонента С-А шкалы депрессии Бека (15 (9; 19) баллов vs. 5 (3; 8) баллов,  $Z=-3,74$ ,  $p=0,0002$ ), соответственно. Особенности вмешательства являются акцент на ИКУ низкой фрустрационной толерантности (выражена у 80,0% представителей кластера vs. 10,5%,  $\chi^2=16,71$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0002$ ) и внешнего локуса контроля (58,3% vs. 15,4%,  $\chi^2=7,25$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0267$ ), переориентация с избегающего (высокая выраженность в 66,7% случаев vs. 14,3%,  $\chi^2=8,68$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0130$ ) на разрешающий копинг, углублённая работа с модулем М5 (прогноз) – пессимистический вектор преобладает в 72,7% случаев vs. 12,5%,  $\chi^2=11,19$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0037$ .

В группе пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами (табл. 3) кластеры пациентов имеют достаточно типичные стеничные и гипостеничные характеристики. Стеничный кластер (на основе рискованно-

сти) сопряжён со всеми видами химических и нехимических аддикций (табакокурение, алкоголизация, наркотизация, виртуальная аддикция). Предсказуемо более выражена ИКУ нарушенного баланса рискованности (в сторону неоправданности риска в 42,9% случаев vs. 8,0%,  $\chi^2=8,43$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0148$ ). Сравнительно неадаптивен модуль М4 (эмоциональное реагирование) – 66,7% vs. 32,0%,  $\chi^2=7,01$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0301$ .

Пациенты гипостеничного кластера (суицидальный риск) чаще имеют в анамнезе хронические психотравмирующие ситуации (73,1%). Характерной микросоциальной особенностью в данном случае выступает отсутствие семейной или регулярной сексуальной жизни, со сравнительным преобладанием отсутствия сексуального партнера (57,1% vs. 27,8%) и случайных связей (9,5% vs. 0%),  $\chi^2=8,04$ ;  $df=4$ ;  $p=0,0451$ . Когнитивная иррациональность связана в большей степени с ИКУ низкой фрустрационной толерантности (высокая выраженность в 53,8% случаев vs. 14,3%,  $\chi^2=8,87$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0119$ ). Копинг-стиль – избегающий (52,0% vs. 19,0%,  $\chi^2=7,11$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0286$ ), с неадаптивностью модуля М9 (поддержка), в 36,0% случаев, при  $\chi^2=9,40$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0091$ . В клинической картине сравнительно сильнее выражены тревога (за счёт личностной тревожности – 57 (48; 62) баллов vs. 48 (47; 51) баллов,  $Z=-2,76$ ;  $p=0,0057$ ), и депрессия (за счёт когнитивно-аффективного компонента С-А шкалы депрессии Бека – 10 (7,5; 12) баллов vs. 4,5 (2; 7) баллов,  $Z=-3,77$ ;  $p=0,0002$ ).

Таким образом, с позиций выявленной симптоматики и направленности аутоагрессии, при дифференцировании психотерапевтического компонента вмешательств достаточно важным является учёт микросоциальных факторов: сферы преобладающих интересов, включающей посещение ночных клубов и потребление ПАВ (актуально для алкогольной зависимости по варианту рискованности); условий воспитания в виде потворствующей гиперопеки (формирование наркотической зависимости по варианту рискованности), гипоопеки и бессистемных (наркотическая зависимость, вариант суицидальности); наличия хронических психотравмирующих ситуаций и отсутствия постоянного сексуального партнера (тревожно-депрессивные расстройства, вариант суицидальности). Также, важно учитывать разный уровень социально-психологической адаптации

– сравнительно высокий при варианте рискованности и сниженный – при варианте суицидальности.

Стеничный вариант, на основе рискованности, стабильно сопряжен с виртуальной и химическими аддикциями, за исключением табакокурения, которое не сопряжено со стеничным вариантом при зависимостях, но входит в данный кластер при тревожно-депрессивных расстройствах. При алкогольной зависимости в кластер входят также вегетативные нарушения и агрессивность. Когнитивные вмешательства подразумевают в первую очередь работу с ИКУ нарушенного баланса рискованности, коррекция неадаптивного копинга – работу с модулем М4 (эмоциональное реагирование).

Гипостеничный вариант, на основе суицидальности, включает в себя основной комплекс психопатологических симптомов, нарушений социального функционирования и соматических проявлений, включая вегетативные нарушения и агрессивность при наркотической зависимости и тревожно-депрессивных расстройствах. При зависимостях с данной симптоматикой сопряжено табакокурение. Когнитивно-поведенческая копинг-терапия направлена, прежде всего, на работу с ИКУ низкой фрустрационной толерантности, оценочного дихотомического мышления, внешнего локуса контроля и модулями копинга М5 (прогноз), обычно в сочетании с избегающим копингом, и М9 (поддержка).

Сформулированное ранее [25] положение о разных вариантах формирования аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств (стеничном и гипостеничном), по нашему мнению, нашло подтверждение в данном исследовании. Наряду с выделением общих базовых психологических механизмов формирования аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств, выделены характеристики, предположительно разделяющие данные процессы: табакокурение, вегетативные проявления и агрессивность как симптомы.

Участниками апробации дифференцированной программы на базе направленности аутоагрессии стали 79 пациентов; из них с алкогольной зависимостью – 34 (43,0%); с наркотической зависимостью – 10 (12,7%), с тревожно-депрессивными расстройствами – 35 (44,3%). Поскольку пациенты включались в программу по мере поступления, кластериза-

ции по случаям не проводилось, и отнесение каждого пациента к определенному варианту программы производилось на основании выявленных или не выявленных склонности к риску и наличия суицидальных мыслей. Дифференцированные варианты программы применены к 41,8% участников (21,5% – стеничный вариант, 20,3% – гипостеничный). У 55,7% не выявлены проявления аутоагрессии, в 2,5% случаев аутоагрессивность носила смешанный характер.

От результатов общей недифференцированной программы статистически значимо отличались показатели:

– комплаентность (78,5%,  $\chi^2=7,07$ ;  $df=1$ ;  $p=0,008$ ),

– употребление наркотиков (81,0%,  $\chi^2=6,97$ ;  $df=1$ ;  $p=0,009$ ),

– тревога (65,1%,  $\chi^2=4,79$ ;  $df=1$ ;  $p=0,029$ ),

– депрессия (65,4%,  $\chi^2=4,25$ ;  $df=1$ ;  $p=0,040$ ),

– рискованное поведение (63,2%,  $\chi^2=4,59$ ;  $df=1$ ;  $p=0,033$ ),

– когнитивный стиль (47,8%,  $\chi^2=10,32$ ;  $df=1$ ;  $p=0,002$ ).

Доказанная эффективность программы в отношении редуцирования суицидальных мыслей (отсутствие симптома в течение контрольного периода) – 83,3%; при этом 16,7% – неяска на контрольную точку. Остальные результаты (употребление алкоголя, социально - психологическая адаптация, противоправное поведение, копинг-стиль) были статистически сопоставимы с результатами общей программы.

**Заключение.** Проведённый с использованием методов многомерной статистики ком-

плексный анализ клинических, психологических, социальных и поведенческих проявлений в картине аддиктивных и непсихотических тревожно - депрессивных расстройств позволил разделить клинические группы пациентов на два кластера, характеризующиеся специфическим деструктивным аутоагрессивным поведением: 1 кластер – со склонностью к парасуицидальному рискованному поведению, 2 кластер – со склонностью к суицидальному поведению. Каждый выделенный кластер имел несколько параметров, значимых для формирования данного варианта аутоагрессивного поведения (нарушенный баланс рискованности в сторону неоправданного риска, неадаптивное эмоциональное реагирование на стресс, низкий самоконтроль при общей склонности к разрешающему копингу в 1 кластере; оценочное дихотомическое мышление, низкая фрустрационная толерантность, внешний локус контроля, склонность к пессимистичному прогнозу, изоляции в стрессовых ситуациях, общий избегающий стиль копинга – во 2 кластере). Выделенные ключевые различия послужили основой для разработки и использования дифференцированных психотерапевтических интервенций. Использование предложенной дифференцированной и индивидуализированной (исходя из персональных данных) психотерапии показало, что даже кратковременное применение методики значительно повышает адаптационные возможности пациентов, прежде всего за счёт повышения комплаентности и рационализации когнитивного стиля.

#### Литература:

1. Руженков В.А., Руженкова В.В. Некоторые аспекты терминологии и классификации аутоагрессивного поведения. *Суицидология*. 2014; 5 (1): 41-51.
2. Жданова Н.Е. Риск как предпосылка к отклоняющемуся поведению подростков. *Академический журнал Западной Сибири*. 2012; 2: 7.
3. Корчагина Г.А., Фадеева Е.В., Колпаков Я.В. Изучение распространенности употребления психоактивных веществ и склонности к рискованному поведению у студентов учреждений среднего профессионального образования. *Наркология*. 2014; 13 (11): 33-36.
4. Шаболтас А.В., Жуков Д.А. Рискованное поведение как реакция на неконтролируемый стресс. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика*. 2011; 1: 227-234.
5. Бунас А.А. Личностно-психологические предикторы склонности к рискованному поведению. *Азимут научных исследований: педагогика и психология*. 2013; 2: 5-8.
6. Шаболтас А.В. Риск и рискованное поведение как предмет психологических исследований. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика*. 2014; 3: 5-16.

#### Reference:

1. Ruzhenkov V.A., Ruzhenkova V.V. Some aspects of terminology and classification of self-injurious behavior. *Suicidology*. 2014; 5 (1): 41-51. (In Russ)
2. Zhdanova N.E. The risk as a premise to the deviant behaviour of adolescents. *Academic Journal of Western Siberia*. 2012; 2: 7. (In Russ)
3. Korchagina G.A., Fadeeva E.V., Kolpakov Ya.V. The study on substance use situation and high-risk behavior tendency among secondary vocational educational students. *Narcology*. 2014; 13 (11): 33-36. (In Russ)
4. Shabolts A.V., Zhukov D.A. Risk behavior as reaction on uncontrollable stress. *Herald of Saint-Petersburg University. Series 12: Psychology. Sociology. Pedagogy*. 2011; 1: 227-234. (In Russ)
5. Bunas A.A. Personality-psychological predictors of the propensity to risky behavior. *ASR: Pedagogy and Psychology*. 2013; 2: 5-8. (In Russ)
6. Shabolts A.V. Risk and risk behavior as object of psychological research. *Herald of Saint-Petersburg University. Series 12: Psychology. Sociology. Pedagogy*. 2014; 3: 5-16. (In Russ)

7. Хритинин Д.Ф., Паршин А.Н., Самохин Д.В. Ведущие факторы формирования и основные пути профилактики суицидального поведения студентов. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 2: 71-75.
8. Краснова В.В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность и суицидальная направленность у студентов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013; 113 (4): 50-53.
9. Меденцева Т.А. Аутоагрессивная характеристика молодых людей, желающих получить психологическую помощь. *Девиантология*. 2018; 2 (2): 12-18.
10. Бохан Н.А., Приленский Б.Ю., Уманская П.С. Суицидальное поведение больных в практике врача психиатра-нарколога. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 1: 10-14.
11. Мингазов А.Х., Бочкарева И.Ю., Анкудинова И.Э. Эмоционально-мотивационные особенности больных при ассоциированных формах алкоголизма с суицидальным поведением. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 2: 28-31.
12. Зотов П.Б., Уманский М.С., Юшкова О.В. Особенности диагностики суицидального поведения наркозависимых. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (6): 51-53.
13. Куприянова И.Е., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Психические расстройства и новые возможности выявления суицидального риска у детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015; 115 (7): 30-34.
14. Zullig K.J., Divin A.L. The association between non-medical prescription drug use, depressive symptoms, and suicidality among college students. *Addictive Behaviors*. 2012; 37 (8): 890-899.
15. Dvorak R.D., Lamis D.A., Malone P.S. Alcohol use, depressive symptoms, and impulsivity as risk factors for suicide proneness among college students. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 149 (1-3): 326-334.
16. Бохан Н.А., Аболонин А.Ф., Мандель А.И., Назарова И.А., Стоянова И.Я. Агрессия и суицидальное поведение подростков в различных условиях социализации. *Суицидология*. 2018; 9 (2): 50-59.
17. Бохан Н.А., Мандель А.И., Пешковская А.Г., Бадырғы И.О., Асланбекова Н.В. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013; 113 (6-2): 9-13.
18. Меринов А.В., Шустов Д.И. Влияние суицидальных тенденций у страдающих алкогольной зависимостью мужчин на аутоагрессивное несуйцидальное поведение, психологические феномены и аддиктивные расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012; 112 (5-2): 44-48.
19. Новиков С.А., Шустов Д.И., Тучин П.В. Аутоагрессивное поведение при алкогольной зависимости у пациентов с различной личностной предрасположенностью. *Вопросы наркологии*. 2013; 2: 40-51.
20. Бохан Н.А., Воеводин И.В., Асланбекова Н.В. Динамика аддиктивных расстройств у студентов и возможности ее отражения в программах по психопрофилактике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014; 114 (5-2): 29-32.
21. Узлов Н.Д., Стряпунина Е.С. Самоотношение подростков с потенциальными рисками суицидального и аддиктивного поведения. *Суицидология*. 2013; 4 (4): 41-48.
22. Михайловская Н.В., Уманский М.С., Юшкова О.В. Некоторые аспекты индивидуальной работы с наркозависимыми, проявляющими суицидальную активность. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (1): 91-92.
23. Хритинин Д. Ф., Самохин Д. В., Гончарова Е. М. Суицидальное поведение в структуре депрессивных расстройств у лиц молодого возраста. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 1: 9-14.
24. Воеводин И.В., Бохан Н.А. Когнитивно-поведенческая
7. Khritinin D.F., Parshin A.N., Samokhin D.V. Leading factors in the formation and main ways of prevention of suicidal behaviour among students. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 2: 71-75. (In Russ)
8. Krasnova V.V., Kholmogorova A.B. Social anxiety and suicidal behaviour in students. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013; 113 (4): 50-53. (In Russ)
9. Medentseva T.A. Autoaggressive characteristics of young people who want to receive psychological help. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (2): 12-18. (In Russ)
10. Bokhan N.A., Prilensky B.Y., Umanskaya P.S. Suicidal behavior of patients in practice of narcologists. *Siberian Herald of psychiatry and addiction psychiatry*. 2014; 1: 10-14. (In Russ)
11. Mingazov A.Kh., Bochkareva I.Yu., Ankudinova I.E. Emotional-motivational characteristics of the course of associated forms of alcohol addiction in persons with suicidal behavior. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 2: 28-31. (In Russ)
12. Zotov P.B., Umansky M.S., Yushkova O.V. Features of diagnostics of suicidal behavior of drug addicts. *Academic journal of Western Siberia*. 2016; 12 (6): 51-53. (In Russ)
13. Kupriyanova I.E., Dashieva B.A., Karaush I.S. Mental disorders and new opportunities to identify suicide risk in children and adolescents with disabling diseases. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2015; 115 (7): 30-34. (In Russ)
14. Zullig K.J., Divin A.L. The association between non-medical prescription drug use, depressive symptoms, and suicidality among college students. *Addictive Behaviors*. 2012; 37 (8): 890-899.
15. Dvorak R.D., Lamis D.A., Malone P.S. Alcohol use, depressive symptoms, and impulsivity as risk factors for suicide proneness among college students. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 149 (1-3): 326-334.
16. Bokhan N.A., Abolonin A.F., Mandel A.I., Nazarova I.A., Stoyanova I.Ya. Aggression and suicidal behavior of adolescents in various conditions of socialization. *Suicidology*. 2018; 9 (2): 50-59. (In Russ)
17. Bokhan N.A., Mandel' A.I., Peshkovskaia A.G., Badyrgy I.O., Aslanbekova N.V. Ethnoterritorial heterogeneity of alcohol dependence formation in the native population of Siberia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013; 113 (6-2): 9-13. (In Russ)
18. Merinov A.V., Shustov D.I. The influence of suicidal tendencies on non-suicidal autoaggressive behavior, psychological phenomena and addictive disorders in men with alcoholic dependence. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2012; 112 (5-2): 44-48. (In Russ)
19. Novikov S.A., Shustov D.I., Tuchin P.V. Auto-aggressive behaviour in alcohol dependent patients with different personality predispositions. *Journal of Addictions Problems*. 2013; 2: 40-51. (In Russ)
20. Bokhan N.A., Voevodin I.V., Aslanbekova N.V. The dynamics of addictions in students and possibilities of reflecting it in psychorehabilitative programs. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014; 114 (5-2): 29-32. (In Russ)
21. Uzlov N.D., Stryapunina E.S. Self-relation of adolescents with potential risks of suicide and addictive behavior. *Suicidology*. 2013; 4 (4): 41-48. (In Russ)
22. Mikhailovskaya N.V., Umansky M.S., Yushkova O.V. Some aspects of individual work with drug addicts, showing suicidal activity. *Academic Journal of Western Siberia*. 2016; 12 (1): 91-92. (In Russ)
23. Khritinin D.F., Samokhin D.V., Goncharova E.M. Suicidal behaviour in the structure of depressive disorders in young people. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 1: 9-14. (In Russ)
24. Voevodin I.V., Bokhan N.A. Cognitive-behavioural coping-

копинг-профилактика аддиктивных и аффективных состояний у студентов (новый подход к оценке иррациональных когнитивных установок и копинга). *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2015; 2: 42-50.

25. Бохан Н.А., Воеводин И.В. Аутодеструктивность в формировании аддиктивных и невротических расстройств: суицидальное и рискованное поведение. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2016; 1: 57-65.

prevention of addictive and affective disorders among the students (new approach to evaluation of irrational cognitions and coping). *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2015; 2: 42-50. (In Russ)

25. Bokhan N.A., Voevodin I.V. Self-destruction in the formation of addictive and neurotic disorders: suicidal and risk-taking behaviour. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2016; 1: 57-65. (In Russ)

## SUICIDAL AND PARASUICIDAL RISK-TAKING BEHAVIOUR AMONG THE HIGHLY EDUCATED YOUNG PEOPLE: DICHOTOMY OF FORMING AND DIFFERENTIATED ABILITIES OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL COPING-THERAPY

N.A. Bokhan<sup>1,2</sup>, I.V. Voevodin<sup>1,3</sup>, A.I. Mandel<sup>1</sup>, A.F. Abolonin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

<sup>2</sup>Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

<sup>3</sup>National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

### Abstract:

The study aims to substantiate and evaluate the effectiveness of the cognitive-behavioural coping-therapy program of addictive and non-psychotic anxiety and depressive disorders, differentiated on the basis of the orientation of autoaggression, in comparison with the general (undifferentiated) program. Materials and methods: substantiation of the method was carried out in a group of patients aged 18-35 years (127 surveyed patients, including: alcohol related disorders – 45, cannabis related disorders – 34, non-psychotic anxiety and depressive disorders – 48). 79 patients of similar clinical groups (34, 10 and 35 respectively) took part in approbation of the method. Applied methods: clinical and psychopathological, psychometric, clinical and dynamic, and statistical. Results: by cluster analysis, the patients were divided into two groups: Cluster 1 – autoaggressive in the propensity to parasuicidal risky behaviour, Cluster 2 – autoaggressive in the form of inclination to suicidality. Identified groups differed in cognitive style (the disturbed balance of the risk in the direction of excessive risk taking in Cluster 1; estimated dichotomous thinking, low frustration tolerance and external locus of control in Cluster 2) and coping style (inadequate emotional response to stress, low self-control with a general tendency to resolving coping in Cluster 1 and a tendency to pessimistic forecasting, isolation in stressful situations, avoiding coping in Cluster 2). Microsocial, psychological and clinical features of clusters in each clinical group are considered. These differences formed the basis of differentiated psychotherapeutic interventions. As a result of application of the differentiated program, it was succeeded to achieve increase of compliance (from 60.6% to 78.5%) and improvement of indicators concerning efficiency of refusal of drug use (from 47.1% to 81.0%), reduction of anxiety (from 47.4% to 65.1%), reduction of depression (from 42.2% to 65.4%), refusal of risky behavior (from 38.5% to 63.2%), and rationalization of cognitive style (from 24.0% to 47.8%), in comparison with results of the general undifferentiated program. Conclusion: the method of differentiation of cognitive-behavioural coping-therapy which based on the orientation of autoaggression increases the effectiveness of interventions in addictive and non-psychotic anxiety and depressive disorders.

**Keywords:** autoaggression, risk-taking behaviour, suicidal thoughts, addictive disorders, anxiety and depressive disorders, cognitive-behavioural therapy, coping

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Для цитирования: Бохан Н.А., Воеводин И.В., Мандель А.И., Аболонин А.Ф. Суицидальное и парасуицидальное рискованное поведение среди высокообразованной молодежи: дихотомия формирования и дифференцированные возможности когнитивно-поведенческой копинг-терапии. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 27-35. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-27-35

For citation: Bokhan N.A., Voevodin I.V., Mandel A.I., Abolonin A.F. Suicidal and parasuicidal risk-taking behaviour among the highly educated young people: dichotomy of forming and differentiated abilities of cognitive-behavioural coping-therapy. *Suicidology*. 2019; 10 (1): 27-35. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-27-35