

КРИЗИСНОЕ МЫШЛЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ МЕХАНИЗМАМИ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Д.Ю. Коломыцев, Ю.В. Дроздовский

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск, Россия

Контактная информация:

Коломыцев Дмитрий Юрьевич – врач-психиатр (SPIN-код: 2454-7852; Researcher ID: Q-7409-2018; ORCID iD: 0000-0002-9330-4438). Место работы и должность: ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, г. Омск, ул. Ленина, 12. Телефон: (913) 680-94-75; электронный адрес: d.kolomytsev@icloud.com

Дроздовский Юрий Викентьевич – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, г. Омск, ул. Ленина, 12. Телефон: (3812) 56-65-07; электронный адрес: jwdrozd@mail.ru

Цель исследования: оценка пограничных психических расстройств и особенностей кризисного мышления, ассоциированных с суицидальным поведением, у подростков. Материал и методы: 122 подростка с различными вариантами суицидального поведения были разделены на 3 группы: с депрессивным эпизодом (n=26), с реакциями на стресс и нарушениями адаптации (n=64), с формирующимися личностными расстройствами (n=32). Были изучены мотивы и личностный смысл суицидального поведения, а также когнитивные искажения и метапрограммы сферы суицидогенного конфликта. Результаты: Стиль кризисного мышления подростков различался в зависимости от диагноза и степени тяжести суицидального поведения. У подростков с депрессивным эпизодом значимо чаще встречался мотив самонаказания (46,2%), отказа (19,2%); их кризисное мышление характеризовалось наименьшим уровнем «стеничности», «переноса ответственности» и «драматизма». Для подростков с реакциями на стресс и нарушениями адаптации были характерны мотивы призыва (43,8%), протеста и мести (26,6%), избегания (14,1%); их кризисное мышление характеризовалось наибольшим уровнем «эмоциональной отстранённости», наименьшим – «когнитивной слабости». У подростков с формирующимися расстройствами личности значимо чаще выявлялся мотив протеста и мести (53,1%); их кризисное мышление характеризовалось наибольшим уровнем «переноса ответственности». В качестве антисуицидального фактора у обследованных подростков выступала «эмоциональная отстранённость», в качестве просуицидальных – «когнитивная слабость», «недостатки» и «решительность». Выводы: 1. Пограничные психические расстройства у подростков проявляются различным стилем кризисного реагирования (депрессивным, стрессовым и аномально-личностным). 2. Отдельные стратегии кризисного мышления могут играть роль про- и антисуицидальных факторов, что важно учитывать при выборе тактики кризисной психотерапии.

Ключевые слова: подростки, суицидальное поведение, пограничные психические расстройства, психотерапия

В настоящее время признанными считаются полифакторные теории суицидального поведения, которые рассматривают роль в суицидогенезе разнообразных биологических предпосылок, индивидуальных особенностей личности, ситуационно-средовых влияний, психопатологических синдромов [1]. Обозначенные факторы в подростковом возрасте обладают специфичностью, связанной с физиологическими особенностями, иной, чем у взрослых, социальной ролью, незрелостью механизмов личностных защит, дефицитом социальных навыков, особенностями протекания психопатологических расстройств в данном возрасте [2, 3]. Изучение совокупности данных факто-

ров при клинической оценке формирует представление о суицидальном риске, а также определяет мишени для лечебно-реабилитационных мероприятий в каждом отдельном случае [4]. Следует отметить, что возрастной аспект имеет существенное значение в специфике факторов антисуицидального барьера, а, следовательно, и в психотерапии при суицидальном поведении [5].

В рамках определения суицидального риска у подростков ведущим значением обладают такие индивидуально-личностные факторы как переживание безнадежности, одиночества, внутренней напряженности, на фоне личностных акцентуаций и нарушенного семейного

функционирования [6]. При этом наиболее прогностически неблагоприятным для суицидального риска является сочетание безнадежности и одиночества [7]. Ощущение бессмысленности существования у подростков коррелирует с депрессией, суицидальными мыслями, рискованным поведением, тревогой и переживанием стресса [8]. Юноши, совершающие самоубийство, имеют более выраженные коммуникативные трудности и избегающий стиль разрешения конфликтов, чем подростки без суицидальных тенденций [9].

Несмотря на невысокую летальность попыток, существенной проблемой подростковой суицидальности, является становление стереотипа кризисного мышления, приобретение опыта переживания кризисного состояния, что является существенным для возникновения суицидального поведения уже во взрослом возрасте. Известно, что суицидальные мысли в прошлом являются более существенным фактором риска летального суицида, чем суицидальные мысли в настоящем [10], а наиболее сильным предиктором завершённого суицида является суицидальная попытка в анамнезе [11]. В дальнейшем опыт неоднократного переживания кризисного состояния, наряду с опытом преодоления страха боли значительно повышает риск совершения летальной попытки [12].

Следует также отметить, что успешная психотерапия в детском и подростковом возрасте способствует снижению суицидального риска в отдалённом будущем. Успешная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) детской тревоги обеспечивает пониженный суицидальный риск и через 7-19 лет после лечения [13].

Среди основных современных методов помощи лицам с суицидальными тенденциями является кризисная терапия, которая в первую очередь опирается на когнитивно - поведенческий подход в коррекции дезадаптивных особенностей кризисного мышления [14-16], то есть фактически психотерапия направлена на *трансформацию* индивидуально-значимых факторов риска суицидального поведения.

Эффективность КПТ связана с возможностью повышения когнитивной дифференцированности и развитие способности вовлекаться в конструктивную деятельность, несмотря на неприятные переживания [17]. Современные подходы в КПТ (терапия «третьей волны», «mindfulness») направлены на выработку у клиента отношения к мыслям и эмоциям как к

ментальным событиям, а не объективным фактам [18, 19].

В ходе кризисной терапии в рамках КПТ существенным этапом является работа с дезадаптивными паттернами кризисного мышления, такими как когнитивные искажения, когнитивные схемы, убеждения клиента. В рамках нейролингвистического программирования характерные особенности когнитивной и эмоционально-волевой сферы известны как метапрограммы, которые в своей совокупности образуют многомерный персонологический профиль клиента. Метапрограммы рассматриваются как устойчивые паттерны обработки информации по различным её параметрам и вместе определяют когнитивный стиль, стиль проявления эмоций, стиль выбора, стиль коммуникации и стиль концептуализации [20]. Выявление преобладающих метапрограмм даёт возможность более подробного исследования и изменения когнитивных схем, лежащих в основе дезадаптивного поведения. При этом современные подходы в КПТ предполагают наибольшую роль осознания дезадаптивных паттернов клиентом, что видится даже более перспективным, чем их изменение [21], в частности в рамках терапии повторного суицидального поведения [22].

Согласно представлениям отечественной суицидологической школы суицидальное поведение возникает на основе переживания личностью суицидогенного конфликта [23-25]. При наличии данного конфликта наблюдается развитие суицидального поведения от внутренних (мысли, тенденции) к внешним формам (суицидальная попытка, завершённый суицид). Суицидальное поведение и суицидогенный конфликт переплетаются в категории мотивов и личностного смысла суицидального поведения.

В связи с тем, что суицидальное поведение обладает своей собственной динамикой, в рамках лечебно-реабилитационных мероприятий требуется понимание этапов формирования суицидального поведения, скорости и интенсивности суицидогенного конфликта, то есть учёт всего многообразия проявлений динамики, в том числе и у подростков. Так, представление о том, что суицидальное поведение подростков всегда импульсивно, далеко от реальности. Известно, что у подростков оно может формироваться в течение длительного времени, психотравмирующее событие при этом играет роль «внешнего ключа» [26]. Кризисные

переживания на различных этапах динамики суицидального поведения могут обуславливать различную тактику проведения кризисной психотерапии [27].

Суицидальное поведение подростков в рамках пограничных психических расстройств тесно связано с психопатологическими механизмами возникновения. Многие пограничные психические расстройства повышают риск суицидального поведения: наиболее известна роль депрессивного синдрома, и в первую очередь когнитивной составляющей депрессии [28, 29], расстройств личности (в первую очередь пограничного расстройства личности) [30], острых и хронических психогенных расстройств. Для различных психических расстройств характерен предпочтительный механизм аутодеструктивного поведения [31].

Цель исследования: оценка пограничных психических расстройств и особенностей кризисного мышления, ассоциированных с суицидальным поведением, у подростков.

Материал и методы.

Обследовано 122 подростка, юношей и девушек, от 14 до 17 лет (средний возраст $15,80 \pm 1,04$ лет) с пограничными психическими расстройствами и суицидальным поведением различной тяжести (от суицидальных мыслей до суицидальных попыток). Обследованные подростки обнаружили различные пограничные психические расстройства и были разделены на 3 клинические группы: с депрессивным эпизодом (ДЭ) (n=26), с реакциями на стресс и нарушениями адаптации (СНА) (n=64), с формирующимися личностными расстройствами (ФЛР) (n=32). Эти группы были выделены на основании различных предпола-

гаемых механизмов психогенеза суицидального поведения: связанного с депрессивным синдромом, связанного с непереносимыми психотравмирующими обстоятельствами у гармоничной или акцентуированной личности, а также связанного со стойкими личностными аномалиями при формирующихся расстройствах личности и органическом расстройстве личности. Данный подход согласуется с представлениями о механизмах самоповреждающего поведения у подростков («депрессивный», «стрессовый» и «психопатоподобный»), описанных в литературе [31].

Для изучения особенностей различных этапов суицидального поведения в каждой группе обследованных подростков были выделены 3 подгруппы в зависимости от тяжести суицидального поведения. В первую подгруппу вошли подростки с суицидальными мыслями (СМ), во вторую – с суицидальными замыслами и намерениями (СЗН), в третью – с совершёнными суицидальными и демонстративно-шантажными попытками (СП). Данные подгруппы были выделены на основании, с одной стороны, условной нормальности пассивных суицидальных мыслей в подростковом возрасте, а с другой стороны – непосредственной опасности именно внешних форм суицидального поведения.

В ходе исследования подростки с демонстративно-шантажными попытками не отделялись от подростков с истинными попытками в связи с условным выделением данных разновидностей аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте, а также наличием кризисных переживаний у подростков с демонстративно-шантажными попытками.

Таблица 1

Распределение обследованных подростков с различными вариантами суицидального поведения в зависимости от диагноза психического расстройства

Психические расстройства		Вариант суицидального поведения			Всего
		СМ	СЗН	СП	
Депрессивный эпизод	n	11	8	7	26
	%	25,6	21,6	16,7	21,3
Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации	n	27	19	18	64
	%	62,8	51,4	42,9	52,5
Острые реакции на стресс и нарушения адаптации на фоне формирующихся расстройств личности	n	5	10	17	32
	%	11,6	27,0	40,5	26,2
Итого:	n	43	37	42	122
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Распределение обследованных подростков с различными вариантами суицидального поведения в зависимости от диагноза пограничного психического расстройства представлено в таблице 1.

Нами были исследованы различные неблагоприятные клинико-патогенетические факторы, которые включали в себя конституционально-биологические, экзогенно - органические, соматогенные, а также социально-психологические. В соответствии с целью, наибольшее внимание в исследовании было уделено индивидуально-личностным факторам, а именно особенностям кризисного мышления, к которым были отнесены когнитивные искажения и метапрограммы сферы суицидогенного конфликта, а также сфера мотивов и личностного смысла суицидального поведения. Среди когнитивных искажений в сфере суицидогенного конфликта выделялись следующие: сверхгенерализация, катастрофизация, выборочность абстрагирования, персонализация, дихотомичность мышления, произвольность умозаключений. Среди преобладающих метапрограмм сферы суицидогенного конфликта определялись следующие: размер чанка (общий план / специфика), тип связей (присоединение / отсоединение), перцептивные категории (полярности / континуум), тип сценарного мышления (с лучшим случаем / с худшим случаем), коммуникативный канал (вербальный / невербальный), эмоциональное совладание (агрессия / пассивность), эмоциональное состояние (ассоциированное / диссоциированное), система отсчёта (внешняя / внутренняя), направление мотивации (приближение / избегание), социальная презентация (искренний и безыскусный / пронизательный и искусный), самооценка (обусловленная / безусловная), уверенность в себе (малая / большая).

Когнитивные искажения и метапрограммы выявлялись во время индивидуальных психотерапевтических сессий, при этом для каждого подростка составлялся профиль кризисного мышления. Работа, связанная с коррекцией когнитивных искажений и осознанием подростками метапрограмм в рамках кризисного мышления, являлась существенным этапом в лечебно – реабилитационных мероприятиях, наряду с иными психотерапевтическими и психофармакологическими методами.

Полученные результаты были статистически обработаны с использованием критериев

хи-квадрат, Крускала-Уоллиса, Манна-Уитни, множественного анализа соответствий, факторного анализа.

Результаты и обсуждение:

С целью исследования мотивационных предпосылок суицидального поведения нами был предпринят анализ сферы и содержания суицидогенного конфликта и личностного смысла суицидального поведения. При этом с диагнозом психического расстройства в наибольшей степени оказался связан личностный смысл суицидального поведения.

Таблица 2

Распределение подростков клинических групп в зависимости от варианта личностного смысла суицидального поведения

Личностный смысл		Диагноз			Всего
		ДЭ	СНА	ФРЛ	
Протест, месть	n	0	17*	17**	40
	%	0,0	26,6	53,1	32,8
Призыв	n	8	28	13	43
	%	30,8	43,8	40,6	35,2
Избежание	n	1	9	2	12
	%	3,8	14,1	6,3	9,8
Самонаказание	n	12**	8*	0	20
	%	46,2	12,5	0,0	16,4
Отказ	n	5**	2*	0	7
	%	19,2	3,1	0,0	5,7
Всего:	n	26	64	32	122
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Примечание: $p < 0,05$ между * и ** при попарном сравнении согласно критерию χ^2

Как следует из данных, представленных в таблице 2, суицидальное поведение по типу призыва встречалось достаточно часто во всех клинических группах. В целом же, клинические группы обнаруживали различную структуру личностного смысла суицидального поведения.

В группе подростков с депрессивным эпизодом наиболее часто встречающимся вариантом личностного смысла суицидального поведения являлось *самонаказание* (46,2%), что достоверно отличает данную группу от остальных. Кроме того, среди подростков с депрессивным эпизодом достоверно чаще встречался *отказ* в качестве личностного смысла (19,2%). В группе подростков с реакциями на стресс и

нарушениями адаптации наиболее часто встречалось суицидальное поведение по типу *призыва* (43,8%), *протеста* и *мести* (26,6%), *избежания* (14,1%). В группе подростков с личностными аномалиями наиболее часто наблюдалось суицидальное поведение в значении *протеста* и *мести* (53,1%), обнаруживаясь значительно чаще, чем в остальных группах.

Полученные данные свидетельствуют о различных личностных предпосылках и стереотипах суицидального поведения у подростков в зависимости от диагноза пограничного психического расстройства. Преобладание более инфантильных форм личностного смысла (протест, месть, призыв) свидетельствует о слабом развитии психологических защит и в целом незрелости личности, что соответствует данным литературы о мотивах суицидального поведения подростков [2, 5, 32, 33].

Тем не менее, специфика депрессивных переживаний способствует более сложным вариантам личностного смысла, вследствие чего структура мотивов суицидального поведения у подростков с депрессивным эпизодом значительно отличается от других пограничных психических расстройств.

На основании данных о суицидогенном конфликте и мотивах суицидального поведения нами был проведён множественный анализ соответствий с графическим представлением результатов в двумерном пространстве методом симметричной нормализации (рис. 1). В качестве переменных для анализа были выбраны: сфера суицидогенного конфликта, его содержание, личностный смысл суицидального поведения, диагноз психического расстройства. Процент дисперсии, объяснённый моделью, составил 58,23%. Среднее для двух измерений значение альфы Кронбаха составило 0,761, что соответствует достаточному уровню внутренней согласованности выбранных для анализа переменных.

Визуальный анализ рис. 1 позволяет предположить скрытые характеристики суицидогенного конфликта. Измерение 1 соответствует направленности внимания в суицидогенном конфликте (на себя – при меньшем значении, на других – при большем значении). Измерение 2 соответствует скорости протекания конфликта и возрастанию роли импульсивности, которая является одной из важнейших предпосылок суицидального риска у подростков [34, 35, 36].

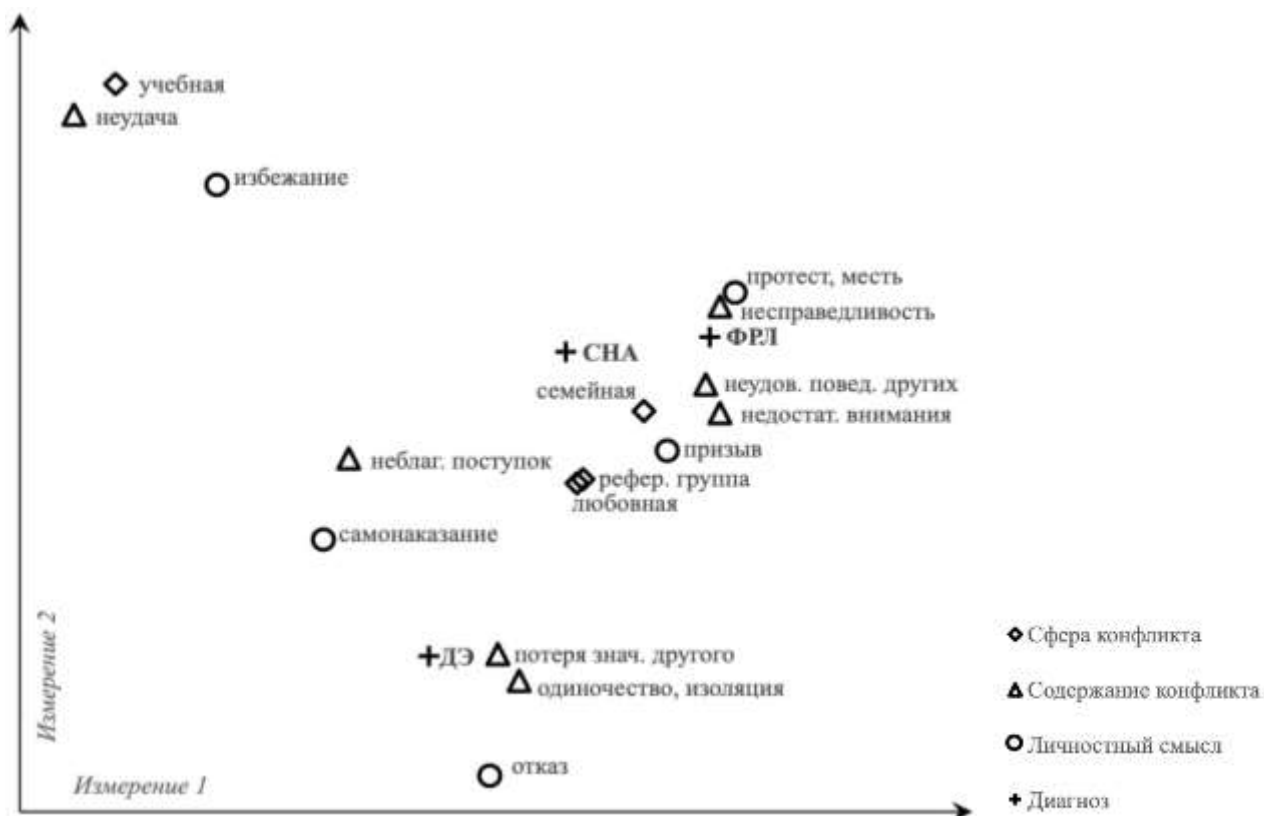


Рис. 1. Двумерное представление соответствий данных о суицидогенном конфликте у обследованных подростков.

Таблица 3

Выделенные факторы с указанием переменных, нагрузка которых составила больше 0,3

Особенность кризисного мышления	Нагрузка
Фактор 1	
Уверенность в себе (большая)	0,806
Самооценка (безусловная)	0,706
Уверенность в себе (малая)	-0,680
Эмоциональное совладание (агрессия)	0,550
Эмоциональное совладание (пассивность)	-0,518
Скорость конфликта	0,434
Социальная презентация (искренний)	-0,354
Социальная презентация (проницательный)	0,320
Сценарий мышления (лучший случай)	0,303
Фактор 2	
Эмоциональное состояние (ассоциированное)	-0,886
Эмоциональное состояние (диссоциированное)	0,860
Социальная презентация (проницательный)	0,431
Наличие дихотомичности мышления	-0,415
Эмоциональное совладание (пассивность)	0,398
Эмоциональное совладание (агрессия)	-0,368
Наличие катастрофизации	-0,358
Фактор 3	
Размер чанка (специфика)	-0,918
Наличие сверхгенерализации	0,855
Размер чанка (общий план)	0,843
Фактор 4	
Тип связи (присоединение)	-0,930
Тип связи (отсоединение)	0,929
Социальная презентация (искренний)	-0,461
Социальная презентация (проницательный)	0,387
Наличие выборочности абстрагирования	0,346
Сценарий мышления (лучший случай)	-0,340

Фактор 5	
Система отсчета (внешняя)	-0,869
Система отсчета (внутренняя)	0,866
Эмоциональное совладание (агрессия)	0,425
Эмоциональное совладание (пассивность)	-0,422
Сценарий мышления (лучший случай)	0,357
Фактор 6	
Направленность внимания (я/другие)	0,704
Наличие персонализации	0,666
Наличие катастрофизации	-0,613
Направление мотивации (приближение)	0,601
Эмоциональное совладание (пассивность)	-0,384
Эмоциональное совладание (агрессия)	0,356
Фактор 7	
Перцептивные категории (континуум)	-0,759
Наличие дихотомичности мышления	0,748
Скорость конфликта	0,483
Наличие персонализации	0,317
Фактор 8	
Наличие произвольности умозаключений	0,755
Наличие выборочности абстрагирования	0,461

Таким образом, мотивы и личностный смысл суицидального поведения у подростков обнаруживают широкое разнообразие и тесную связь с характером пограничного психического расстройства. Так, мотивы суицидального поведения подростков с депрессивным эпизодом чаще обусловлены переживанием потери и одиночества, а преобладающим личностным смыслом являются призыв, самонаказание и отказ. При этом для подростков с депрессивным эпизодом характерно более медленное протекание суицидогенного конфликта и менее импульсивное суицидальное поведение. Для лиц с реакциями на стресс и нарушениями адаптации, как и для подростков с личностными аномалиями, характерны переживания несправедливости, неудовлетворённости поведением других, и суицидальное поведение по типу протеста, мести и призыва. Для подростков с личностными аномалиями в наибольшей

степени характерна сфокусированность на других людях, чем на себе во время переживания суицидогенного конфликта.

С целью изучения особенностей кризисного мышления и его внутренней структуры нами был предпринят эксплораторный факторный анализ, в качестве переменных, для проведения которого были выбраны данные, полученные из множественного анализа соответствий (направленность внимания на себя или других, скорость конфликта), а также когнитивные искажения и метапрограммы сферы суицидогенного конфликта.

На предварительном этапе, в связи с недостаточной долей альтернативных значений, были исключены следующие переменные: перцептивные категории – полярность (92,6%), самооценка – обусловленная (91,0%), сценарий мышления – пессимизм (91,0%), направление мотивации – избегание (97,5%). Кроме того, после первого проведения факторного анализа, были исключены переменные метапрограммы коммуникативного канала, поскольку они образовывали фактор, коррелирующий только с этой метапрограммой.

Согласно критерию Кайзера-Майера-Олкина полученная выборка была адекватна для проведения факторного анализа (КМО=0,630). Уровни общностей для исследуемых переменных, полученные методом главных компонент при извлечении факторов, составили от 0,515 до 0,886.

Методом главных компонент было выделено 8 факторов, сумма квадратов нагрузок которых превысила 1. Объяснённая совокупная дисперсия при извлечении суммы квадратов нагрузок для выделенных факторов составила 69,66%. В ходе факторного анализа была получена матрица компонент, которая была подвергнута вращению по методу варимакс с нормализацией Кайзера. Полученные в результате анализа факторы с переменными, с нагрузкой более 0,3, представлены в табл. 3.

На основании данных, представленных в таблице 3, можно рассмотреть выделенные факторы как когнитивные стратегии кризисного реагирования подростков с пограничными психическими расстройствами, в которых исследованные нами особенности мышления (когнитивные искажения, метапрограммы и характеристики сферы суицидогенного конфликта) выступают в виде комплексного набора характеристик, вторичных по отношению к

выделяемым факторам. На основании соотношения особенностей кризисного мышления, интерпретация факторов, может быть проведена на следующем образом:

1 фактор – «стеничность» – связан с высоким уровнем уверенности в себе, при минимальном влиянии на это внешних обстоятельств, способностью вступить в конфликт, быстрым принятием решений в ситуации конфликта, при оценке исхода как благоприятного.

2 фактор – «эмоциональная отстранённость» – связан с предпочтительностью для подростка внутренне отстраниться от ситуации, не вовлекаться в конфликт, не преувеличивать последствия событий, сохраняя взвешенность суждений, со способностью при этом анализировать мотивы других людей, не вовлекаясь эмоционально в их переживания.

3 фактор – «глобальность» – связан со склонностью к глобальным категориям в мышлении и построению концепций на основании преувеличения значения отдельных явлений.

4 фактор – «внимание к недостаткам, цинизм» – связан со склонностью выделять, в первую очередь, недостатки, сохраняя дистанцию с другими людьми, при стремлении «читать» их мотивы, построением доводов на основании детали без учёта контекста ситуации и общими негативными ожиданиями.

5 фактор – «решительность» – связан со склонностью опираться на собственное мнение при принятии решений, наличием оптимистичных ожиданий, способностью вступить в конфликт.

6 фактор – «перенос ответственности» – связан с направленностью внимания в конфликтной ситуации преимущественно на других людей, склонностью интерпретировать события в личном контексте и не рассматривать возникающие последствия, сфокусированностью на желательном результате, преимущественно агрессивным стилем эмоционального совладания.

7 фактор – «драматизм» – связан со склонностью к контрастным представлениям, размышлениями по закону «всё или ничего», быстротой протекания суицидогенного конфликта, склонностью к интерпретации событий в личном контексте.

8 фактор – «когнитивная слабость» – связан со склонностью к бездоказательным суждениям, мышлению без оценки контекста ситуации.

Таблица 1

Сравнение клинических групп в зависимости от среднего ранга выделенных факторов

Стратегия кризисного мышления	Средний ранг			P
	ДЭ	СНА	ФРЛ	
Стеничность	38,54*	63,81**	75,53**	<0,001
Эмоциональная отстраненность	46,88*	72,62**	51,12*	0,001
Глобальность	53,65	66,33	58,22	0,253
Недостатки, цинизм	70,27	59,36	58,66	0,361
Решительность	51,77	64,16	64,09	0,286
Перенос ответственности	41,04*	58,36**	84,41***	<0,001
Драматизм	40,46*	66,27**	69,06**	0,003
Когнитивная слабость	70,38**	49,86*	77,56**	0,001

Примечание: p<0,05 между *, ** и *** при попарном сравнении

С целью проверки гипотезы о различных механизмах суицидогенеза подростков при пограничных расстройствах, нами было проведено сравнение клинических групп по среднему рангу каждого из факторов согласно критерию Крускала-Уоллиса. Полученные данные представлены в таблице 4.

Анализ данных показал, что такие стратегии кризисного мышления как «стеничность», «эмоциональная отстраненность», «перенос ответственности», «драматизм» и «когнитивная слабость» статистически были значимо связаны с диагнозом пограничного психического расстройства. При этом группа подростков с депрессивным эпизодом отличалась от остальных групп наименьшей выраженностью таких стратегий кризисного мышления как «стеничность», «перенос ответственности», «драматизм»; группа подростков с реакциями на стресс и нарушениями адаптации отличалась наибольшей выраженностью «эмоциональной отстраненности» и наименьшей – «когнитивной слабости»; для группы подростков с формирующимися расстройствами личности в наибольшей степени был характерен «перенос ответственности». Таким образом, кризисное мышление подростков с пограничными психическими расстройствами обладает специфичностью в зависимости от диагноза.

Выделенные стратегии кризисного мышления также были рассмотрены нами в качестве про- и антисуицидальных факторов, которые связаны с вероятностью планирования и подготовки суицидального поведения при суицидальных мыслях (табл. 5), а также вероятностью реализации имеющихся суицидальных намерений (табл. 6).

Результаты сравнения подгрупп с суицидальными мыслями (СМ) и с суицидальными замыслами и намерениями (СЗН) по степени выраженности стратегий кризисного мышления согласно критерию Манна-Уитни представлены в табл. 5.

Как следует из данных таблицы 5, значимое отличие между подгруппами обуславливали такие стратегии кризисного мышления как «эмоциональная отстраненность» и «когнитивная слабость». Анализ значений средних рангов позволяет рассматривать «эмоциональную отстраненность» как антисуицидальный фактор, а «когнитивную слабость» как просуицидальный фактор, актуальные для вероятности планирования и подготовки суицидальной попытки в рамках кризисного реагирования.

Таблица 5

Сравнение групп подростков с суицидальными мыслями и с суицидальными замыслами и намерениями в зависимости от среднего ранга выделенных факторов

Стратегия кризисного мышления	Средний ранг		P
	СМ	СЗН	
Стеничность	44,42	35,95	0,104
Эмоциональная отстраненность	45,40	34,81	0,042
Глобальность	39,81	41,30	0,776
Недостатки, цинизм	42,51	38,16	0,404
Решительность	42,07	38,68	0,515
Перенос ответственности	39,14	42,08	0,572
Драматизм	38,21	43,16	0,342
Когнитивная слабость	35,51	46,30	0,038

Результаты сравнения подгруппы с суицидальными замыслами и намерениями (СЗН) и подгруппы с суицидальной попыткой (СП) по степени актуальности стратегий кризисного мышления согласно критерию Манна-Уитни представлены в табл. 6.

Таблица 6

Сравнение групп подростков с суицидальными замыслами и намерениями и суицидальной попыткой в зависимости от среднего ранга выделенных факторов

Стратегия кризисного мышления	Средний ранг		p
	СЗН	СП	
Стеничность	39,42	40,67	0,783
Эмоциональная отстранённость	46,05	34,67	0,028
Глобальность	40,14	39,88	0,961
Недостатки, цинизм	34,57	44,79	0,048
Решительность	32,89	46,26	0,010
Перенос ответственности	35,97	43,55	0,143
Драматизм	38,97	40,90	0,709
Когнитивная слабость	43,68	36,76	0,181

Как следует из данных таблицы 6, значимые отличия между подгруппами были обусловлены такими стратегиями кризисного

мышления как «эмоциональная отстранённость», «недостатки, цинизм» и «решительность». При этом «эмоциональная отстранённость» может быть рассмотрена в качестве антисуицидального фактора, тогда как «недостатки, цинизм» и «решительность» в качестве просуицидальных факторов, которые действуют на этапе реализации суицидального намерения.

Выводы:

Пограничные психические расстройства оказывают значимое влияние на психогенез суицидального поведения, формируя характер кризисного мышления (депрессивный, стрессовый и аномально-личностный). Мотивы и личностный смысл суицидального поведения у подростков также тесно связаны с характером имеющихся пограничных психических расстройств.

Отдельные стратегии кризисного мышления («эмоциональная отстранённость», «когнитивная слабость», «внимание к недостаткам», «решительность») могут быть рассмотрены как про- и антисуицидальные факторы, характерные для различных этапов пресуицидального периода, что может определять тактику психотерапии в зависимости от этапа кризисного состояния.

Литература:

1. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения. *Суицидология*. 2015; 6 (1): 3-7.
2. Мазаева Н.А. Суицидальная активность подростков (по данным зарубежных публикаций). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2016; 18 (1): 11-19.
3. Розанов В.А., Уханова А.И., Волканова А.С. и др. Стресс и суицидальные мысли у подростков. *Суицидология*. 2016; 7 (3): 20-32.
4. Carter G., Milner A., McGill K. et al. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *British Journal of Psychiatry*. 2017; 210 (6): 387-395; doi: 10.1192/bjp.bp.116.182717
5. Зотов П.Б. Психотерапия суицидального поведения: возрастной аспект. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9 (3): 52-54.
6. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А. и др. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы). *Суицидология*. 2015; 6 (4): 21-32.
7. Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В. Скрининговая диагностика антивитаальных переживаний и склонности к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков (предварительные результаты). *Психологическая наука и образование www.psy.edu*. 2014; 1: 126-145.
8. Розанов В.А., Рахимкулова А.С., Уханова А.И. Ощущение бессмысленности существования у подростков — связь с суицидальными проявлениями и психическим здоровьем. *Суицидология*. 2014; 5 (3): 33-41.

References:

1. Polozhy B.S. Conceptual model of suicidal behavior. *Suicidology*. 2015; 6 (1): 3-7. (In Russ)
2. Mazaeva N.A. Suicidal'naja aktivnost' podrostkov (po dannym zarubezhnyh publikacij) [Suicidal activity of adolescents (according to foreign publications)]. *Psihiatrija i psihofarmakoterapija [Psychiatry and psychopharmacotherapy]*. 2016; 18 (1): 11-19. (In Russ)
3. Rozanov V.A., Ukhanova A.I., Volkanova A.S., et al. Stress and suicidal thoughts in adolescents. *Suicidology*. 2016; 7 (3): 20-32. (In Russ)
4. Carter G., Milner A., McGill K. et al. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *British Journal of Psychiatry*. 2017; 210 (6): 387-395; doi: 10.1192/bjp.bp.116.182717
5. Zotov P.B. Psychotherapy of suicidal behavior: age-specific. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (3): 52-54. (In Russ)
6. Bannikov G., Koshkin K., Pavlova T., Letova A. Actual and potential suicide risk factors in adolescents (literature review). *Suicidology*. 2015; 6 (4): 21-32. (In Russ)
7. Bannikov G.S., Pavlova T.S., Vihristjuk O.V. Skrinirovaja diagnostika antivital'nyh perezhivaniy i sklonnosti k impul'sivnomu, autoagressivnomu povedeniju u podrostkov (predvaritel'nye rezultaty) [Screening diagnostics of anti-vital experiences and propensity to impulsive, autoaggressive behavior in adolescents (preliminary results)]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie [Psychological science and education] www.psy.edu*. 2014; 1: 126-145. (In Russ)
8. Rozanov V.A., Rakhimkulova A.S., Ukhanova A.I. «Life has no meaning» feeling in adolescents – relation to suicidal ideation and attempts and mental health. *Suicidology*. 2014; 5 (3): 33-41. (In Russ)

9. Buhnick-Atzil O., Rubinstein K., Tuval-Mashiach R. et al. Everyday functioning of male adolescents who later died by suicide: results of a pilot case-control study using mixed-method analysis. *J Affect Disord.* 2014; 172: 116–20.
10. Beck A.T., Brown G.K., Steer R.S. et al. Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behaviors.* 1999; 29: 1-9.
11. Clarke M.C., Coughlan H., Harley M. et al. The impact of adolescent cannabis use, mood disorder and lack of education on attempted suicide in young adulthood. *World Psychiatry.* 2014; 13 (3): 322–324. doi: 10.1002/wps.20170
12. Nock M.K.I., Joiner Th.E., Gordon K.H. et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006; 144: 65–72. doi: 10.1006/j.psychres.2006.05.010
13. Wolk C.B., Kendall Ph.C., Beidas R.C. Cognitive-behavioral therapy for child anxiety confers long-term protection from suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2015; 54 (3): 175-179; doi: 10.1016/j.jaac.2014.12.004
14. Холмогорова А.Б. Протокол когнитивно-бихевиоральной терапии пациентов, переживающих суицидальный кризис. *Современная терапия в психиатрии и неврологии.* 2014; 1: 26-29.
15. Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии. *Консультативная психология и психотерапия.* 2016; 24 (3-92): 144-163.
16. Wenzel A., Brown G.K., Beck A.T. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington. APA, 2009. 377 p.
17. Forman E.M., Chapman J.E., Herbert J.D. et al. Using session by session measurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy. *Behavior Therapy.* 2012; 43: 341–354.
18. Дьяков Д.Г., Слонова А.И. Метод mindfulness как центральное направление «третьей волны» когнитивно-поведенческого подхода. *Актуальные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук.* 2017; 7 (11): 160-163.
19. Barnhofer T., Crane C., Hargus E. et al. Mindfulness based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy.* 2009; 47: 366–373.
20. Холл М., Боденхаммер Б. 51 метапрограмма НЛП. СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. 347 с.
21. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия «на гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты? *Современная терапия психических расстройств.* 2016; 2: 16-21.
22. Hargus E., Crane C., Barnhofer T. et al. Effects of mindfulness on meta awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion.* 2010; 10: 34–42.
23. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М.: 1980. 61 с.
24. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства. *Социальная и клиническая психиатрия.* 1996; 6 (4): 14-20.
25. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение 1. *Суицидология.* 2018; 9 (1): 23-35.
26. Зотов П.Б. «Внешний ключ» – как элемент суицидальной динамики и объект психологического воздействия у подростков. *Тюменский медицинский журнал.* 2013; 15 (3): 42-44.
27. Зотов П.Б. Акцентный подход в психокоррекционной работе с суицидентами. *Научный форум. Сибирь.* 2017; 3 (1): 79-80.
28. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике. *Суицидология.* 2013; 4 (3): 6-18.
29. Bateman K., Hansen L., Turkington D. et al. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from
9. Buhnick-Atzil O., Rubinstein K., Tuval-Mashiach R. et al. Everyday functioning of male adolescents who later died by suicide: results of a pilot case-control study using mixed-method analysis. *J Affect Disord.* 2014; 172: 116–20.
10. Beck A.T., Brown G.K., Steer R.S. et al. Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behaviors.* 1999; 29: 1-9.
11. Clarke M.C., Coughlan H., Harley M. et al. The impact of adolescent cannabis use, mood disorder and lack of education on attempted suicide in young adulthood. *World Psychiatry.* 2014; 13 (3): 322–324. doi: 10.1002/wps.20170
12. Nock M.K.I., Joiner Th.E., Gordon K.H. et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006; 144: 65–72. doi: 10.1006/j.psychres.2006.05.010
13. Wolk C.B., Kendall Ph.C., Beidas R.C. Cognitive-behavioral therapy for child anxiety confers long-term protection from suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2015; 54 (3): 175-179; doi: 10.1016/j.jaac.2014.12.004
14. Holmogorova A.B. Protokol kognitivno-bihevioral'noj terapii pacientov, perezvivajushih suicidal'nyj krizis [Protocol of cognitive-behavioral therapy in patients with suicidal crisis]. *Sovremennaja terapija v psihiatrii i nevrologii [Modern therapy in psychiatry and neurology].* 2014; 1: 26-29. (In Russ)
15. Holmogorova A.B. Suicidal'noe povedenie: teoreticheskaja model' i praktika pomoshhi v kognitivno-bihevioral'noj terapii [Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija [Counseling psychology and psychotherapy].* 2016; 24 (3-92):144-163. (In Russ)
16. Wenzel A., Brown G.K., Beck A.T. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington. APA, 2009. 377 p.
17. Forman E.M., Chapman J.E., Herbert J.D. et al. Using session by session measurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy. *Behavior Therapy.* 2012; 43: 341–354.
18. D'jakov D.G., Slonova A.I. Metod mindfulness kak central'noe napravlenie «tret'ej volny» kognitivno-povedencheskogo podhoda [The method of mindfulness as the Central direction of the "third wave " cognitive-behavioral approach]. *Aktual'nye problemy gumanitarnyh i social'no-jekonomicheskikh nauk [Actual problems of Humanities and socio-economic Sciences].* 2017; 7 (11): 160-163. (In Russ)
19. Barnhofer T., Crane C., Hargus E. et al. Mindfulness based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy.* 2009; 47: 366–373.
20. Holl M., Bodenhamer B. 51 metaprogramma NLP [51 NLP metaprogramming]. SPb.: Prajm-Evroznak, 2007. 347 s. (In Russ)
21. Holmogorova A.B. Kognitivno-bihevioral'naja terapija «na grebne tret'ej volny»: revoljucionnyj povorot ili novye akcenty? [Cognitive-behavioral therapy "on the crest of the third wave": a revolutionary turn or new accents?] *Sovremennaja terapija psihicheskikh rasstrojstv [Modern therapy of mental disorders].* 2016; 2: 16-21. (In Russ)
22. Hargus E., Crane C., Barnhofer T. et al. Effects of mindfulness on meta awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion.* 2010; 10: 34–42.
23. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija [Diagnosis of suicidal behavior]. *Metodicheskie rekomendacii.* M.: 1980. 61 s. (In Russ)
24. Ambrumova A.G. Psihologija samoubiistva [Psychology of suicide]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and clinical psychiatry].* 1996; 6 (4): 14-20. (In Russ)
25. Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology.* 2018; 9 (1): 23-35. (In Russ)
26. Zotov P.B. "Foreign key" - as an element of suicidal dynamics and the object of psychological impact in adolescents. *Tyumen Medical Journal.* 2013; 15 (3): 42-44. (In Russ)
27. Zotov P.B. Accentual approach to psycho-correction work with the suicides. *Scientific forum. Siberia.* 2017; 3 (1): 79-80. (In Russ)
28. Lyubov E.B., Tsuprun V.E. Suicidal behaviour and schizophrenia: promising preventative and curative biopsychosocial interventions. *Suicidology.* 2013; 4 (3): 6-18. (In Russ)
29. Bateman K., Hansen L., Turkington D. et al. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from

- a randomized controlled trial. *Suicide Life Threat. Behav.* 2007; 37: 284-290.
30. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry.* 2006; 47: 372-394.
 31. Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных учреждениях. *Консультативная психология и психотерапия.* 2016; 24 (3): 42-68.
 32. Жезлова Л.Я. Сравнительно-возрастные аспекты суицидального поведения детей и подростков. *Актуальные проблемы суицидологии.* М., 1981: 124-133.
 33. Вроно Е.М. Смерть как выход из тупика? *Воспитание школьников.* 1994; 5: 41-46.
 34. Рахимкулова А.С. Нейропсихологические особенности подросткового возраста, влияющие на склонность к рискованному и суицидальному поведению. *Суицидология.* 2017; 8 (1): 52-61.
 35. Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Сыроквашина К.В., Шкитыр Е.Ю., Александрова Н.А. Суициды у подростков: социальные, клинические и психологические факторы. *Российский психиатрический журнал.* 2016; 4: 58-63.
 36. Тихоненко В.А., Сафуанов Ф.С. Введение в суицидологию. Медицинская и судебная психология. Курс лекций. 3-е изд. М.: Генезис, 2009. С. 266-283.
 - from a randomized controlled trial. *Suicide Life Threat. Behav.* 2007; 37: 284-290.
 30. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry.* 2006; 47: 372-394.
 31. Bannikov G.S., Fedunina N.Ju., Pavlova T.S. Vedushhie mehanizmy samopovrezhdajushhego povedeniya u podrostkov: po materialam monitoringa v obrazovatel'nyh uchrezhdenijah [Leading mechanisms of self-harming behavior in adolescents: based on monitoring materials in educational institutions]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija [Counseling psychology and psychotherapy].* 2016; 24 (3): 42-68. (In Russ)
 32. Zhezlova L.Ja. Sravnitel'no-vozzrastnye aspekty suicidal'nogo povedeniya detej i podrostkov [Comparative age-related aspects of suicidal behavior in children and adolescents]. *Aktual'nye problemy suicidologii.* М., 1981: 124-133. (In Russ)
 33. Vrono E.M. Smert' kak vyhod iz tupika? [Death as a way out of the impasse?] *Vospitanie shkol'nikov [Education of schoolchildren].* 1994; 5: 41-46. (In Russ)
 34. Rakhimkulova A.S. Neuropsychological changes in adolescence that influence risky and suicidal behavior. *Suicidology.* 2017; 8 (1): 52-61. (In Russ)
 35. Badmaeva V.D., Dozorceva E.G., Syrokvashina K.V., Shkityr E.Ju., Aleksandrova N.A. Suicidy u podrostkov: social'nye, klinicheskie i psihologicheskie factory [Suicide among adolescents: social, clinical and psychological factors]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal [Russian journal of psychiatry].* 2016; 4: 58-63. (In Russ)
 36. Tihonenko V.A., Safuanov F.S. Vvedenie v suicidologiju. Medicinskaja i sudebnaja psihologija [Introduction to suicide. Medical and forensic psychology.]. Kurs lekcij. 3-e izd. М.: Genezis, 2009. S. 266-283. (In Russ)

CRISIS THINKING OF ADOLESCENTS WITH DIFFERENT MECHANISMS FOR THE FORMATION OF SUICIDAL BEHAVIOR

D.Y. Kolomytsev, Y.V. Drozdovskiy

Omsk State Medical University, Omsk, Russia; d.kolomytsev@icloud.com

Abstract: Objective: to develop differentiated approaches to the rehabilitation of adolescents with borderline mental disorders and various forms of suicidal behavior based on the characteristics of their crisis thinking. Material and methods: 122 adolescents with different types of suicidal behavior were divided into 3 groups: with a depressive episode (n=26), with reactions to stress and adaptation disorders (n=64), with emerging personality disorders (n=32). Motivators and personal sense of suicidal behavior, as well as cognitive distortions and metaprograms of the sphere of suicidal conflict were studied. Results: The style of crisis thinking of adolescents differed depending on the diagnosis and severity of suicidal behavior. In adolescents with depressive episodes, the motive for self-punishment was significantly more frequent (46.2%), as well as the 'renouncement' motive (19.2%); their crisis thinking was characterized by the lowest level of "steness", "transfer of responsibility" and "drama". Adolescents with reactions to stress and adaptation disorders were characteristic of conscription motives (43.8%), protest and revenge motives (26.6%), avoidance motives (14.1%); their crisis thinking was characterized by the highest level of "emotional detachment" and the lowest level of "cognitive weakness". In adolescents with emerging personality disorders, protest and retaliation motives were significantly more frequent (53.1%); their crisis thinking was characterized by the highest level of "transfer of responsibility". In the examined adolescents, "emotional detachment" was used as an antisuicide factor, and "cognitive weakness," "deficiencies," and "determination" proved to be prosuicidal factors. Conclusions: 1. Borderline mental disorders manifest themselves in various styles of crisis response (depressive, stressful and anomalously personal). 2. Separate strategies of crisis thinking can play the role of pro- and anti-suicidal factors, which is important to consider when choosing the tactics of crisis psychotherapy.

Keywords: adolescents, suicidal behavior, borderline mental disorders, psychotherapy

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Коломыцев Д.Ю., Дроздовский Ю.В. Кризисное мышление подростков с различными механизмами формирования суицидального поведения. *Суицидология.* 2018; 9 (4): 74-84. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-74-84

For citation: Kolomytsev D.Y., Drozdovskiy Y.V. Crisis thinking of adolescents with different mechanisms for the formation of suicidal behavior. *Suicidology.* 2018; 9 (4): 74-84. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-74-84