

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМ И СОЦИАЛЬНОМ ТРЕВОЖНОМ РАССТРОЙСТВЕ

О.А. Сагалакова, О.В. Жирнова, Д.В. Труевцев, Н.А. Бохан, И.Я. Стоянова, Е.Ю. Брель

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет», г. Барнаул, Россия

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»

НИИ психического здоровья, г. Томск, Россия

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», г. Томск, Россия

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск, Россия

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR FORMATION IN OBSESSIVE-COMPULSIVE AND SOCIAL ANXIETY DISORDER

*O.A. Sagalakova, O.V. Zhirnova,
D.V. Truetsev, N.A. Bokhan,
I.Ya. Stoyanova, E.Yu. Brel*

Altai State University, Barnaul, Russia

Mental Health Research Institute,

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

Tomsk National State University, Tomsk, Russia

Siberian State Medical university, Tomsk, Russia

Сведения об авторах:

Сагалакова Ольга Анатольевна – кандидат психологических наук (SPIN-код: 4455-7179; Researcher ID: U-4959-2019; Scopus ID: 57190580782; ORCID iD: 0000-0001-9975-1952). Место работы и должность: доцент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет». Адрес: Россия, 656049, г. Барнаул, пр. Ленина, 61. Телефон: +7 (906) 945-16-80, электронный адрес: olgasagalakova@mail.ru

Жирнова Ольга Владимировна – студентка, специальность «Клиническая психология» (SPIN-код: 6870-8526; ORCID iD: 0000-0002-6680-8286). Место учёбы: кафедра клинической психологии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет». Адрес: Россия, 656049, г. Барнаул, пр. Ленина, 61. Телефон: +7 (923) 649-89-19, электронный адрес: olga.zhirnova.2015@mail.ru

Труевцев Дмитрий Владимирович – кандидат психологических наук (SPIN-код: 2983-0984; Researcher ID: U-4998-2019; Scopus ID: 57190579221; ORCID iD: 0000-0003-4246-2759). Место работы и должность: заведующий кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет». Адрес: Россия, 656049, г. Барнаул, пр. Ленина, 61. Телефон: +7 (960) 957-12-79, электронный адрес: truevtsev@gmail.com

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 РАН». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования факультета психологии ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». Адрес: Россия, 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36; заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. Адрес: Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2. Телефон: +7 (3822) 72-43-79, электронный адрес: mental@tnimc.ru

Стоянова Ирина Яковлевна – доктор психологических наук, профессор (SPIN-код: 5048-1557; Researcher ID: O-1358-2014; Scopus ID: 57193702114; ORCID iD: 0000-0003-2483-9604). Место работы и должность: ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4; профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования факультета психологии ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». Адрес: Россия, 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36. Телефон: +7 (913) 821-92-66, электронный адрес: lthka1948@mail.ru

Брель Елена Юрьевна – доктор психологических наук (SPIN-код: 1306-8390; ORCID iD: 0000-0002-7737-8058). Место работы и должность: старший научный сотрудник лаборатории когнитивных исследований и психогенетики факультета психологии ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет». Адрес: Россия, 634050, г. Томск, Московский тр., 2. Телефон: +7 (925) 324-22-27, электронный адрес: brelelena@mail.ru

Information on authors:

Sagalakova Olga Anatolyevna – candidate of psychological sciences (SPIN-code: 4455-7179; Researcher ID: U-4959-2019; Scopus ID: 57190580782; ORCID iD: 0000-0001-9975-1952). Place of work and position: lecturer of the Department of Clinical Psychology of Altai State University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 36 Lenin Avenue. Tel.: +7 (906) 945-16-80, email: olgasagalakova@mail.ru

Zhirnova Olga Vladimirovna – student, specialist programme "Clinical psychology" (SPIN-code: 6870-8526; ORCID iD: 0000-0002-6680-8286). Place of study: Department of Clinical Psychology of Altai State University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 36 Lenin Avenue. Tel.: +7 (923) 649-89-19, email: olga.zhirnova.2015@mail.ru

Truetsev Dmitry Vladimirovich – candidate of psychological sciences (SPIN-code: 2983-0984; Researcher ID: U-4998-2019; Scopus ID: 57190579221; ORCID iD: 0000-0003-4246-2759). Place of work and position: Head of the Department of Clinical Psychology, Altai State University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 36 Lenin Avenue. Tel.: +7 (960) 957-12-79, email: truevtsev@gmail.com

Bokhan Nikolay Aleksandrovich – Academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, MD, PhD (SPIN-code: 2419-1263; Researcher ID: P-1720-2014; ORCID iD: 0000-0002-1052-855X). Place of work and position: Head of the Department of Addictive States, Director of the Scientific Research Institute of Mental Health Federal State Budget Scientific Institution «Tomsk National Research Medical Center». Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str.; Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Siberian State Medical University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 2 Moscow Tract. Phone: +7 (3822) 72-40-15, email: mental@tnimc.ru

Stoyanova Irina Yakovlevna – Doctor of Psychology, Professor (SPIN-code: 5048-1557; Researcher ID: O-1358-2014; Scopus ID: 57193702114; ORCID iD: 0000-0003-2483-9604). Place of work and position: lead researcher of Affective States Department of Mental Health Research Institute of Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences. Address: Russia, 634014, Tomsk, 4 Aleutian str.; professor of the Department of Psychotherapy and Psychological Counseling of the Psychology Faculty of National Research Tomsk State University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 36 Lenin Avenue. Tel.: +7 (913) 821-92-66, email: ithka1948@mail.ru

Brel Elena Yuryevna – Doctor of Psychology (SPIN-code: 1306-8390; ORCID iD: 0000-0002-7737-8058). Place of work and position: senior researcher of the Department of Psychotherapy and Psychological Counseling of the Psychology Faculty of National Research Tomsk State University. Address: Russia, 634050, Tomsk, 36 Lenin Avenue. Tel.: +7 (925) 324-22-27, email: brelelena@mail.ru

В статье представлено описание антивитального и суицидального поведения при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР) и социальном тревожном расстройстве (СТР). Анализируются современные работы относительно условий, коморбидных состояний, повышающих риск суицидальности при ОКР и СТР, в том числе трансдиагностические особенности, когнитивные и эмоциональные предикторы суицидального поведения (руминации, фокусировка на ошибке, перфекционизм, нарушение регуляции эмоций, алекситимия). Отмечена роль общих когнитивных механизмов и особенностей когнитивного стиля представленных расстройств личности. Исследования показывают, что при СТР часто нарушается социальное взаимодействие, сопровождаемое болезненным чувством принадлежности и переживанием восприятия себя как обузы, что создаёт условие для повышенного риска суицидального поведения. При ОКР отмечается значимость чувства безнадежности и/или беспомощности при возникновении суицидальных мыслей и соответствующего поведения. Обозначена дискуссионная тема относительно депрессивных состояний и их роли в повышении риска самоубийства. Показана значимая прогностическая роль истории попыток самоубийства в контексте вероятности будущего суицидального поведения, что согласуется с отечественной концепцией относительно общих (социодемографических, психиатрических) факторов риска. Суицидальное поведение рассматривается как динамичный, разворачивающийся во времени процесс, что обуславливает выделение первичных и производных нарушений в структуре психической деятельности. Обсуждается важность разграничений собственно суицидальных мыслей и навязчивых идей, связанных с аутоагрессией. Поднимается вопрос относительно механизмов развития суицидальности: содержание obsessions и навязчивых руминаций, правила вынесения суждений или хронификация кумулятивного напряжения в «психологическом поле»? Рассматриваются представления относительно роли перфекционизма как системы дисфункциональных мыслей и особого когнитивного стиля в формировании самоубийств при изучаемых нарушениях. Показана неодинаковая роль obsessions и compulsions на разных этапах течения ОКР при формировании суицидальности. Импульсивность рассматривается как нейропсихологическая особенность, характеризующая хронификацию патологического состояния и повышающая риск суицидального поведения. Поднимается вопрос по поводу общих и различных условий формирования суицидальности при ОКР и СТР. Использование таких стратегий контроля психической деятельности, как тревога, беспокойство, катастрофизация связано с повышением суицидального риска у лиц с ОКР. Тревожный компонент квалифицируется как дополнительный источник нарастающего напряжения, затрачивающий компенсаторные ресурсы человека при обоих нарушениях. Для СТР характерно нарушение регуляции эмоций в ситуации оценивания, актуализация неопосредованного поведения, направленного на поиск безопасности. Обозначается проблема в направлении комплексной оценки суицидального риска. В русле модели антивитального и суицидального поведения, предложен механизм суицидальности при СТР, ОКР в виде нарастающего кумулятивного напряжения, неадаптивной компульсивной регуляции навязчивостей с явлениями декомпенсации эмоционально-личностной сферы в условиях эволюции иерархии мотивов и кризиса развития. Показано наиболее значимое влияние мыслительного компонента как запускающего механизма развития патологических процессов, compulsions – как фактора инвалидизации и катализатора самоубийств. Эта модель связана с концепцией А.Г. Амбрумовой относительно суицидальности как комплексного феномена. Анализируется перспектива дальнейших исследований, в том числе по такой теме, как приобретение личностного смысла жизнедеятельности в контексте коррекции самоповреждающего поведения.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, социальное тревожное расстройство, антивитальное и суицидальное поведение, напряжение в «психологическом поле», руминации, беспокойство, чувство безнадежности, перфекционизм

Современный взгляд на характеристику преморбидных свойств личности, закономерностей развития и поддержания психических расстройств, особенности клинической картины, вероятностный прогноз, а также

The modern view on the characteristics of the premorbid personality traits, the patterns of development and maintenance of mental disorders, the peculiarities of the clinical picture, the probabilistic prognosis, as well

коморбидность психологических синдромов во многом отражает структурную, основанную на выделении диагностических критериев логику построения ведущих классификаций болезней. Опыт неврологических, генетических, психологических экспериментов способствует определению условных границ симптоматики тех или иных психических нарушений, что решает задачу дифференциации патологических состояний при постановке диагноза. Так, например, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), ранее входящее в группу тревожных расстройств, на данный момент в DSM-V и МКБ-11 составляет самостоятельную рубрику «Обсессивно-компульсивное и связанные с ним расстройства (OCD)». Одним из важных аргументов такого пересмотра явилось выраженное переживание при ОКР не только тревоги, но и специфических чувств – чувства «незавершённости», «правильности», стыда, вины [1]. В актуально сформированную группу также входят обонятельное расстройство, трихотилломания, эксфолиационное расстройство, синдром Туретта и др., которые ранее не рассматривались в непосредственной близости с ОКР. По МКБ-11 основной клинический признак объединения психических синдромов – повторяющиеся нежелательные мысли, образы, побуждения / импульсы и связанное с ними повторяющееся (скрытое и/или явное) поведение. Нозологические трансформации касаются и социального тревожного расстройства (СТР): в МКБ-11 на смену отнесения расстройства к видам фобий (социальная фобия) приходит анализ первичного тревожного компонента. Данные трансформации связаны со значимыми научными результатами, показавшими весомый вклад нейрокогнитивных, когнитивных и метакогнитивных механизмов в формировании и поддержание расстройства. При обоих расстройствах (ОКР, СТР) значимыми переживаниями отмечаются чувство вины и стыда, а также особый когнитивный стиль (фокусировка на ошибке, мониторинг ошибки, руминация¹), связанный с повышенной вероятностью формирования вторичных симптомов депрессии и суицидальном риском.

ОКР характеризуется выраженными нарушениями в сфере социального взаимодействия, профессиональ-

as the comorbidity of psychological syndromes, largely reflect the structural logic of the construction of the leading classifications of diseases, based on the selection of diagnostic criteria. The experience of neurological, genetic, psychological experiments contributes to the determination of the conditional boundaries of the symptomatology of certain mental disorders, which solves the problem of differentiating pathological conditions during diagnostics. So, for example, obsessive-compulsive disorder (OCD) previously included in the group of anxiety disorders, constitutes at the moment an independent category of "Obsessive-compulsive and related disorders (OCD)" in both DSM-V and ICD-11. One of the important arguments for such revision was expressed experiencing of not only anxiety, but also of specific feelings such as feelings of "incompleteness", "correctness", shame, guilt in OCD [1]. The currently formed group also includes olfactory disorder, trichotillomania, excoriation disorder, Tourette's syndrome, and others, which were not previously considered in close proximity to OCD. According to ICD-11, the main clinical criteria that unifies these mental syndromes is repetitive unwanted thoughts, images, urges / impulses and associated repetitive (hidden and / or explicit) behavior. Nosological transformations also happened to social anxiety disorder (SAD): in ICD-11, the classification of the disorder as a type of phobia (social phobia) is replaced by the analysis of the primary anxiety component. These transformations are associated with significant scientific results supported with a significant contribution of neurocognitive, cognitive and metacognitive mechanisms in the formation and maintenance of the disorder. In both disorders (OCD, SAD), significant feelings of guilt and shame are noted, as well as a special cognitive style (focusing on error, monitoring errors, rumination¹) associated with an increased likelihood of secondary symptoms of depression and suicidal risk.

¹Руминация (ruminatio; лат. пережевывание) – сводное обозначение способов неадаптивного осознанного мышления, вращающегося вокруг определённой темы, часто связанной с негативной информацией; повторные и пассивные размышления о симптомах депрессии, их возможных причинах и последствиях (S. Nolen-Hoeksema). Это метакогнитивный процесс, связанный с обдумыванием потерь, неуспеха, направленный в прошлое, способствующий «застреванию» внимания на угрозе и усилению «избегания». Руминация – ключевой компонент когнитивного синдрома внимания (cognitive attentional syndrome, CAS), поддерживающий симптомы психических расстройств (ОКР, расстройства аффективного спектра), направлен на попытку справиться с негативными переживаниями (A. Wells).

Rumination (ruminatio; lat. Chewing) is a combined definition of ways of non-adaptive conscious thinking revolving around a certain topic that is often associated with negative information; repeated and passive reflections on the symptoms of depression, their possible causes and consequences (S. Nolen-Hoeksema). This is a metacognitive process associated with thinking about losses, failure, directed to the past, contributing to holding attention on the threat and strengthening of "avoidance". Rumination is a key component of cognitive attentional syndrome (CAS), which supports the symptoms of mental disorders (OCD, affective spectrum disorders), and is aimed at trying to cope with negative experiences (A. Wells).

ной деятельности человека, имеет хроническое течение, нередко приводящее к инвалидизации [2]. На фоне распространённости данного синдрома у 1,5-3,5% населения [3] частота попыток суицида при ОКР достигает 14,6%. Таким образом, риск суицидального поведения при ОКР сопоставим с аналогичным риском при других тяжелых психических расстройствах, например, таких как депрессия и шизофрения, и более высок, чем при посттравматическом стрессовом расстройстве или расстройстве употребления алкоголя [4]. Как при ОКР, так и СТР страдает качество жизни, включённость в систему привычных для ментальности видов деятельности. В течение жизни при СТР попытки суицида совершаются в 12-15% случаев [5, 6], до 35% пациентов имеют суицидальные мысли [7]. В рамках Интерперсональной модели суицида [8] К.А. Arditte и соавт. [9] это объясняют тем, что при СТР часто нарушается социальное взаимодействие, сопровождаемое нарушенным чувством принадлежности и переживанием восприятия себя как обузы. Вкупе с приобретённой в течение жизни способностью к самоубийству (снижение страха смерти, толерантность к боли), часто сопряженной с наличием попыток суицида в прошлом, данные особенности выступают весомым риском - фактором суицидального поведения при СТР.

Несмотря на современные доказательные данные, исторически считалось, что пациенты с ОКР имеют низкий риск совершения попыток суицида [10]. Обозначенные противоречивые результаты относительно связи между ОКР и попытками самоубийства объяснялись тем, что для пациентов с данным синдромом характерна тенденция регулировать свои агрессивные импульсы, избегать ситуации в высокой вероятностью причинения вреда, ущерба, фиксировать и контролировать суицидальные мысли и соответствующее поведение, особенно при наличии сопутствующих расстройств [11].

П.Б. Зотов и Е.Б. Любов выделяют общие (социодемографические, психиатрические) факторы риска суицидального поведения, среди которых суицидальная попытка в прошлом наряду с историей самоубийства в семье выступают самым важным прогностическим фактором суицида [12]. В. Dell'Osso и соавт. [13] отмечают, что более высокие показатели риска суицида наблюдаются у пациентов с ОКР, имеющих опыт предыдущих госпитализаций, особенно по поводу суицидальных попыток, в то же время L. Fernández-Cruz и соавт. (2017), F. Velloso и соавт. (2016) обнаружили, что наличие мыслей о самоубийстве почти удваивает риск попытки суицида в анамнезе [14, 15]. Отечественные авторы так же отмечают, что прошлая попытка самоубийства является важным фактором её повто-

OCD is characterized by severe disorders in the sphere of social interactions and professional activities, has a chronic course, often leads to disability [2]. Even though the prevalence of this syndrome in the population is only 1.5-3.5% [3], the frequency of suicide attempts in OCD reaches 14.6%. Thus, the risk of suicidal behavior in OCD is comparable to that in other severe mental disorders, such as depression and schizophrenia, and is higher than in PTSD or alcohol abuse disorder [4]. In both OCD and SAD, the quality of life suffers, as well as the inclusion in the system of activities habitual for the mentality. During life with SAD, suicide attempts are made in 12-15% of cases [5, 6], up to 35% of patients have suicidal thoughts [7]. Within the framework of the Interpersonal model of suicide [8] K.A. Arditte et al. [9] this is explained by the fact that SAD often disrupts social interaction, accompanied by a sense of thwarted belongingness and perception of self as a burden. Together with the ability to commit suicide acquired during life (reduced fear of death, tolerance to pain), often associated with the presence of suicide attempts in the past, these features are a significant risk factor for suicidal behavior in SAD.

Despite the current evidence, historically OCD patients have been considered to have a low risk of attempting suicide [10]. The indicated conflicting results regarding the relationship between OCD and suicide attempts were explained by the fact that patients with this syndrome tend to regulate their aggressive impulses, avoid situations with a high probability of causing harm or damage, record and control suicidal thoughts and corresponding behavior, especially in the presence of concomitant disorders [11].

P.B. Zotov and E.B. Lyubov identify common (socio-demographic, psychiatric) risk factors for suicidal behavior, among which a suicide attempt in the past, along with a history of suicide in the family, is the most important predictor of suicide [12]. V. Dell'Osso et al. [13] note that higher rates of suicide risk are observed in patients with OCD who have experience of previous hospitalizations, especially for suicidal attempts, at the same time L. Fernández-Cruz et al. (2017), F. Velloso et al. (2016) found that the presence of thoughts of suicide almost doubles the risk of attempted suicide in the follow-up [14, 15]. Domestic authors also note that the past suicide attempt is an important factor in its repetition in the future: "once crossed the line ..." [16].

рения в будущем: «переступивший черту однажды...» [16].

Согласно концепции А.Г. Амбрумовой (1980), суицидальное поведение – следствие социально - психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта [17]. И.А. Кудрявцев (2013) осмысляет самоубийство как тяжелейший результат нарушения социальной адаптации человека, выраженное влияние на закономерности формирования которого имеют общие смысловые образования личности, регулирующие решение «задачи на смысл» исходя из высших ценностей и конкретных мотивов суицидального поведения [18]. Научное психологическое общество при изучении проблемы суицидальности опирается на системный анализ сложного опосредованного взаимодействия ряда переменных, лежащих в основе самоубийств. Так, в концепциях суицидальности [19, 20] негативный жизненный опыт, социально - демографические условия, эмоционально - личностные особенности составляют важнейшие факторы формирования суицидального поведения.

Учёными активно обсуждается вопрос относительно факторов, условий, коморбидных состояний, повышающих риск суицидальности при ОКР и тревожных расстройствах. Однако метаанализ существующих работ показывает фрагментарность психологических исследований относительно выявления механизмов данного поведения; большинство работ концентрируется на изучении производных процессов, связанных с антивитальной направленностью личности и суицидальностью, при этом квалификация первичных нарушений оказывается вне поля исследования [21]. Наряду с этим историческая близость ОКР и тревожных расстройств, вероятно, может ответить на вопросы, касаемые не только обнаружения качественных различий процессов синдрообразования данных нарушений, но и общих механизмов развития и поддержания патологических процессов, в частности, суицидального поведения. В работах показаны общие когнитивные механизмы суицидальных намерений и поведения, характерные при навязчивых мыслях и социальной тревоге, связанные с особым типом когнитивного стиля, когнитивным синдромом внимания. Навязчивый характер угрюмого обдумывания, «нагнетения» («gloomings»), руминаций, а также склонность к мониторингу ошибки / несоответствия, самофокусировке внимания, – формирует условие для нарастания напряжения в психической деятельности и невозможности переключения, его своевременной «разрядки». Вторичные попытки прерывания и контроля циклически замкнутой фазы навязчивого размышления по механизму патологического круга лишь усиливают тревожное обдумывание, происходит

According to the concept of A.G. Ambrumova (1980), suicidal behavior is a consequence of the socio-psychological maladjustment of the personality in the conditions of the experienced microsocial conflict [17]. I.A. Kudryavtsev (2013) comprehends suicide as the most difficult result of a violation of social adaptation of a person, a pronounced influence on the patterns of formation of which is made by the general meaning formations of the individual that regulate the solution of the “task for meaning” based on the highest values and specific motives of suicidal behavior [18]. When studying the problem of suicidality, the scientific psychological society relies on a systematic analysis of the complex mediated interaction of a number of variables that underlie suicide. Thus, in the concepts of suicidal behavior [19, 20], negative life experiences, socio-demographic conditions, emotional and personal characteristics are the most important factors in the formation of suicidal behavior.

Scientists are actively discussing the factors, conditions, comorbid states that increase the risk of suicidality in OCD and anxiety disorders. However, a meta-analysis of existing works shows that psychological research regarding the identification of the mechanisms of this behavior is fragmented; most of the works concentrate on the study of derivative processes associated with the antivital orientation of the personality and suicidality, while the qualification of primary disorders is outside the field of study [21]. Along with this, the historical closeness of OCD and anxiety disorders can probably answer the questions concerning not only the detection of qualitative differences in the processes of syndromic formation of these disorders, but also the general mechanisms of development and maintenance of pathological processes, in particular, suicidal behavior. The works show the general cognitive mechanisms of suicidal intentions and behavior, characteristic of obsessive thoughts and social anxiety, associated with a special type of cognitive style, cognitive attention syndrome. The obsessive nature of gloomy thinking, “gloomings”, rumination, as well as a tendency to monitor errors / inconsistencies, self-focus of attention, form a condition for an increase of tension in mental activity and the impossibility of switching it off timely or to “release” it. Secondary attempts to interrupt and control the cyclically closed phase of compulsive thinking by the mechanism of the pathological circle only intensify anxious thinking, tension in the

аккумуляция напряжения в психике. Руминации выступают трансдиагностическим механизмом формирования суицидальных идеаций и поведения при связанных с тревогой расстройствах, характеризуют фиксированность на неприятном опыте или переживаниях (неуспех), а также причинах и последствиях этого опыта. Руминации по поводу негативного опыта вторично вызывают дистресс в связи с безуспешными попытками произвольно блокировать повторяющиеся помимо воли мысли.

Роль алекситимического пространства в формировании депрессивных и суицидальных проявлений.

В последние годы, изучая вклад психологических особенностей в формирование расстройств тревожно-депрессивного спектра, исследователи обращаются к проблеме алекситимии, связанной с нарушением способности к распознаванию и словесному обозначению эмоций. Большинство из них рассматривают алекситимию как совокупность признаков, характеризующих особый психический склад индивидов, создающий предрасположенность к заболеваниям психосоматической специфичности [22, 23]. Следует отметить, что данный феномен связывается с широким кругом психических нарушений (депрессии, вторичные психосоматические расстройства при хронических заболеваниях).

Большинство проводимых исследований предусматривало сравнение групп алекситимичных и неалекситимичных пациентов. Наблюдали несколько большую распространённость СТР, ОКР и соматоформных расстройств среди стационарных алекситимических пациентов, а также более высокую частоту панических расстройств [24]. Алекситимию рассматривают как системное компенсаторно-адаптивное образование, проявляющее себя на интрапсихическом, поведенческом и соматическом уровнях психической активности человека. На интрапсихическом уровне при насыщенности тревожного состояния различными негативными переживаниями, либо субъективной интерпретации внешних событий как негативных, угрожающих, а также общем дефиците эмоционального опыта, алекситимия может выступать в качестве фактора риска суицидального поведения [25].

В дальнейшем представлен теоретико - методологический анализ актуальных подходов и эмпирических исследований относительно механизмов формирования антивиталяного и суицидального поведения (АВСП) при СТР и ОКР.

Чувство безнадежности как депрессивный компонент и развитие АВСП при ОКР: объяснительная концепция или опосредующий феномен?

Показатели распространённости сопутствующих

psyche tends to accumulate. Rumination acts as a transdiagnostic mechanism for the formation of suicidal ideations and behavior in anxiety-related disorders, characterizes fixation on unpleasant experiences or experiences (failure), as well as the causes and consequences of this experience. Ruminations about negative experiences again cause distress due to unsuccessful attempts to intentionally block thoughts that are repeated against their will.

The role of alexithymic space in the formation of depressive and suicidal manifestations.

In recent years, while studying the contribution of psychological characteristics to the formation of anxiety-depressive spectrum disorders, researchers have turned to the problem of alexithymia associated with impaired ability to recognize and verbalize emotions. Most of them consider alexithymia as a set of features that characterize the special mental makeup of individuals, which creates a predisposition to diseases of psychosomatic specificity [22, 23]. It should be noted that this phenomenon is associated with a wide range of mental disorders (depression, secondary psychosomatic disorders in chronic diseases).

Most of the studies conducted involved comparison of groups of alexithymic and non-alexithymic patients. There was a slightly higher prevalence of SAD, OCD and somatoformed disorders among inpatient alexithymic patients, as well as a higher incidence of panic disorder [24]. Alexithymia is considered as a systemic compensatory-adaptive formation that manifests itself at the intrapsychic, behavioral and somatic levels of a person's mental activity. At the intrapsychic level, when anxiety state gets saturated with various negative experiences, or when subjective interpretation of external events tends to be negative or threatening, as well as a general deficit of emotional experience, alexithymia can act as a risk factor for suicidal behavior [25].

Further, a theoretical and methodological analysis of current approaches and empirical studies on the mechanisms of the formation of antivital and suicidal behavior (AVSB) in SAD and OCD is presented.

Feelings of hopelessness as a depressive component and the development of AVSB in OCD: an explanatory concept or a mediating phenomenon?

The prevalence of comorbid mental illness in people with OCD is strikingly high (up

психических заболеваний у лиц с ОКР поразительно высоки (до 80%), считаются одним из наиболее важных факторов инвалидизации при данном синдроме [26], так как взаимовлияние коморбидных синдромов связано со значительным повышением риска негативных последствий во всех сферах деятельности человека [27, 28]. Кроме того, жизнь с ОКР может восприниматься и осознаваться перманентно задающей повышенные требования к человеку, значительно затрачивающей его ресурсы, что связано с переживанием тревоги, развитием депрессии и суицидального поведения [29].

Наиболее коморбидным и отягощающим синдромом при ОКР выступает депрессия (от 12% до 70%) [30], при этом в МКБ-11 отмечается возможность и важность одновременной диагностики депрессивного состояния и ОКР как психических расстройств, которым требуется различное лечение; большинство исследователей согласны с данными, что одна треть пациентов с ОКР имеют одновременно депрессивное состояние на момент обследования [31]. J. Angst и соавт. [32] высказываются мнение, что люди с ОКР не получают достаточную им социальную поддержку, окружающие часто оценивают их состояние как не требующее особого внимания, что влияет на развитие безнадежности и беспомощности как предикторов формирования депрессии. Доказано, что сочетанность депрессии и ОКР связана с хронификацией и выраженностью ОК-симптоматики, значительными трудностями в выполнении людьми разных видов деятельности, интенсивностью чувства безнадежности и/или беспомощности и АВСП [29].

Исследователи отмечают, что 6,4% пациентов с ОКР сообщают о суицидальных мыслях в течение последнего месяца, 26,9% – в течение жизни имеют данный опыт; попытки самоубийства обнаруживаются у 9% пациентов. Однако некоторые авторы высказываются за более высокие показатели встречаемости суицидального поведения пациентов с ОКР – до 20% [33, 34]. В рассматриваемых исследованиях у людей с ОКР чувство безнадежности, депрессивное состояние, представление о себе как о беспомощном, неспособном противостоять стрессовым ситуациям осмысливается как предиктор развития АВСП. Вместе с тем P. Kamath и соавт. (2017) отмечают, что история попыток самоубийства присутствует у 27% пациентов с ОКР, а депрессию и безнадежность эти авторы рассматривают как отчасти необходимое, но всё же недостаточное условие совершения самоубийства. Это обуславливает концентрацию внимания ученых на поиске специфических факторов динамики суицидальности у пациентов с ОКР в противовес концептуальным объяснениям АВСП депрессивными переживаниями [35].

to 80%), and is considered one of the most important factors of disability in this syndrome [26], since the interinfluence of comorbid syndromes is associated with a significant increase in the risk of negative consequences in all areas of human activity [27, 28]. In addition, life with OCD can be perceived and thought of as permanently setting increased demands on the person, significantly spending his resources, which is associated with the experience of anxiety, the development of depression and suicidal behavior [29].

The most comorbid and aggravating syndrome in OCD is depression (from 12% to 70%) [30], while the ICD-11 notes the possibility and importance of the simultaneous diagnosis of depression and OCD as mental disorders that require different treatment; most researchers agree with the data that one third of patients with OCD are simultaneously depressed at the time of examination [31]. J. Angst et al. [32] suggest that people with OCD do not receive sufficient social support, others often assess their condition as not requiring special attention, which affects the development of hopelessness and helplessness as predictors of depression. It has been proven that the combination of depression and OCD is associated with the chronicity and severity of OCD symptoms, significant difficulties in people performing different types of activities, the intensity of feelings of hopelessness and / or helplessness and AVSB [29].

The researchers note that 6.4% of patients with OCD report suicidal thoughts in the last month, 26.9% have this experience during their lifetime; suicide attempts are detected in 9% of patients. However, some authors advocate higher rates of suicidal behavior in patients with OCD – up to 20% [33, 34]. In the studies of people with OCD under consideration, feeling of hopelessness, depressive state, the idea of helplessness, feeling unable to withstand stressful situations were interpreted as predictors of the development of AVSB. At the same time, P. Kamath et al. (2017) note that a history of suicide attempts is present in 27% of patients with OCD, and these authors consider depression and hopelessness as partly necessary, but still not a sufficient condition for committing suicide. This explains the focus of scientists on the search for specific factors in the dynamics of suicidality in patients with OCD, as opposed to the conceptual explanations of AVSB by depressive experiences [35].

Is the presence of a comorbid mental illness, for example, depression, a phenomenon

Является ли присутствие сопутствующего психического заболевания, в частности депрессии, феноменом, исчерпывающе объясняющим повышенный уровень самоубийств? С одной стороны, отмечается дефицит экспериментально-психологических исследований, объясняющих опосредующую связь между ОКР и суицидальностью, с другой, перспективное применение медиаторного анализа для выявления и дальнейшего изучения потенциальной роли депрессии и других сопутствующих заболеваний при ОКР может ответить на вопрос относительно формирования АВСП у таких пациентов. Нам представляется целесообразным рассматривать чувство безнадежности, мысли о себе как о беспомощном, неспособном адаптироваться в условиях болезни как производные нарушения, новообразования в системе убеждений пациента, признаки накопленного «напряжения» в условиях болезни, как единицы, составляющие цепь опосредующих звеньев между собственно механизмом развития суицидальности при ОКР и попытками самоубийства.

Вклад навязчивостей в развитие АВСП.

Существует иная точка зрения в рассматриваемой проблеме – значимость качественных особенностей ОКР и отдельных симптомов в развитии суицидальности. Установлено, что общая тяжесть симптомов ОКР имеет значительный вклад в формирование клинической картины суицидального поведения, но некоторые исследователи приводят данные, что этот вклад становится второстепенным, а наиболее значимое влияние на становление патологического процесса оказывают сопутствующие ОКР психические расстройства [36]. Однако Е. Hollander и соавт. обнаружили, что высокая вероятность попыток самоубийства при ОКР наблюдается как при наличии коморбидных заболеваний, так и без них [37].

Обнаружено, что навязчивые мысли (обсессии) значимо связаны с суицидальностью по сравнению с навязчивыми действиями (компульсиями), причём отдельные исследователи предполагают, что тяжелые навязчивые идеи могут рассматриваться как первичное нарушение психики, ведущее к формированию АВСП [35]. В зависимости от того, какие свойства обсессий как мыслительного компонента при ОКР ставятся во главу угла: форма построения обсессивных умозаключений (если ..., то), смысловое насыщение навязчивых идей, динамика навязчивых мыслей и действий, перманентное переживание психологического напряжения и его кумуляция по поводу интрузий¹ – условно можно

that fully explains the increased suicide rate? On the one hand, there is a lack of experimental psychological studies explaining the mediating relationship between OCD and suicidality, on the other hand, the promising use of mediator analysis to identify and further study the potential role of depression and other concomitant diseases in OCD can answer the question of how AVSB is formed in such patients. It seems appropriate to us to consider the feeling of hopelessness, the thought of oneself as helpless and/or unable to adapt to the conditions of illness as derivatives of those disorders, neoplasms in the patient's belief system, signs of accumulated "tension" in conditions of illness, units that make up a chain of mediating links the actual mechanism for the development of suicidality in OCD and suicide attempts.

The contribution of obsessions to the development of AVSB.

There is another point of view on the problem under consideration – the significance of the qualitative features of OCD and individual symptoms in the development of suicidality. The overall severity of OCD symptoms have been established to have a significant contribution to the formation of the clinical picture of suicidal behavior, but some researchers cite data that this contribution becomes secondary, and mental disorders associated with OCD have the most significant influence on the development of the pathological process [36]. However, E. Hollander et al. found that a high probability of suicide attempts in OCD is observed with and without comorbid diseases [37].

Obsessive thoughts (obsessions) were found to be significantly associated with suicidality in comparison with obsessive actions (compulsions), and some researchers suggest that severe obsessions can be considered as a primary mental disorder leading to the formation of AVSB [35]. Depending on what properties of obsessions as a mental component in OCD are put at the forefront – the form of building obsessive inferences (if ... then), semantic saturation of obsessive ideas, the dynamics of obsessive thoughts and actions, permanent experience of psychological stress and its accumulation due to intrusions¹ – we can conditionally distinguish several cog-

¹Интрузия (позднелатинское *intrusio* – внедрение, от лат. *intrudo* – вталкивать) – навязчивое повторное переживание события, сопровождающееся образами, мыслями, переживаниями; субъективное ощущение деструктивного вторжения во внутренний мир. Например, и. мысли при ОКР – навязчивые мысли, воспринимающиеся как собственные, однако субъективно неприятные и/или неприемлемые, вызывающие чувство дискомфорта и побуждение избавиться от них (контролировать, блокировать). Контроль и попытки "не думать" вторгающиеся мысли часто приводят к обратному эффекту – их усилению.

выделить несколько когнитивных моделей относительно вклада obsessions в развитие AVSP.

При СТР навязчивые руминации, негативные пост-ситуативные или пред-ситуативные интрузивные образы и мысли часто связаны с недавними или предстоящими социальными взаимодействиями и предполагаемыми последствиями. Отмечается, что выраженность руминативного цикла приводит к перегрузке психической деятельности, невозможность переключиться может провоцировать нарушение сна и качество бодрствования [38, 39]. Это по механизму патологического цикла лишь усиливает напряжение и перегрузку психической системы, и может провоцировать риски суицидального поведения. Угрюмые («grooming») руминации при социальной тревоге, исходя из работ I. Orue и соавт. (2014), выступают опосредующим фактором, объясняющим связь между когнитивными неадаптивными схемами при СТР и симптомами депрессии, антивитальной настроенности [40].

Тематическое содержание obsessions и AVSP при ОКР.

Многие исследования направлены на изучение содержания obsessions в отношении развития суицидального поведения; именно специфика тематической представленности навязчивых идей, по мнению некоторых авторов, выступают тем опосредующим звеном, объясняющим формирование при ОКР AVSP. Работы показывают повышенную распространённость риска суицида у людей с симптомами чистоты и загрязнения (57%), религиозными (45%) и сексуальными (33%) навязчивыми идеями, навязчивыми ритуалами (31%) и др., такие как потребность прикоснуться к чему-либо и что-то сказать / спросить (26%) [30]. В отдельных исследованиях [38, 41] получены данные, подтверждающие гипотезу о том, что навязчивые идеи насилия играют особую роль в развитии суицидальности при ОКР помимо влияния депрессивных симптомов. Отмечается связь формирования суицидальных мыслей у пациентов с ОКР не только с депрессивными симптомами, возрастом, детскими нарушениями и симптомами тревоги, но также с obsessions симметрии, порядка, навязчивыми идеями по поводу сексуальности, религии.

V. Balci и L. Sevincok (2010) подчеркивают роль агрессивных навязчивых идей наряду с наличием депрессии, безнадежности и общей тяжести симптоматики ОКР как значимых факторов рецидива переживания суицидальных мыслей у пациентов с ОКР [42]. Наряду с этим, показана парадоксальная связь между пережи-

nitive models regarding the contribution of obsessions to the development of AVSB.

In SAD, obsessive ruminations, negative post-situational or pre-situational intrusive images and thoughts are often associated with recent or upcoming social interactions and anticipated consequences. The severity of the ruminative cycle is noted to lead to an overload of mental activity, the inability to switch can provoke sleep disturbance and the quality of being awake [38, 39]. This, according to the mechanism of the pathological cycle, only increases the tension and overload of the mental system, and can provoke the risks of suicidal behavior. Gloomy ("grooming") ruminations in social anxiety, based on the work of I. Orue et al. (2014), act as a mediating factor explaining the relationship between cognitive maladaptive schemes in SAD and symptoms of depression and antivital mood [40].

Thematic content of obsessions and AVSB in OCD.

A lot of researches have been focused on the content of obsessions in terms of the development of suicidal behavior; it is the specificity of the thematic representation of obsessions, in the opinion of some authors, that acts as a mediating link that explains the formation of AVSP in OCD. The works show an increased prevalence of the risk of suicide in people with symptoms of cleanliness and contamination (57%), religious (45%) and sexual (33%) obsessions, obsessive rituals (31%), etc., such as the need to touch something or say / ask something (26%) [30]. Certain studies [38, 41] found the data to support the hypothesis that obsessions with violence play a special role in the development of suicidality in OCD, besides the influence of depressive symptoms. There is a connection between the formation of suicidal thoughts in patients with OCD not only with depressive symptoms, age, childhood disorders and symptoms of anxiety, but also with obsessions of symmetry, order, obsessions about sexuality, religion.

V. Balci, L. Sevincok (2010) emphasize the role of aggressive obsessions along with the presence of depression, hopelessness and the overall severity of OCD symptoms as significant factors in the relapse of suicidal thoughts in patients with OCD [42]. Along with this, a paradoxical relationship between the experience of anger and suicidality is

Intrusion (late Latin intrusio - introduction, from Lat. Intrudo - push in) - an obsessive re-experiencing of an event, accompanied by images, thoughts, experiences; subjective feeling of a destructive intrusion into the inner world. For example, and. thoughts in OCD - obsessive thoughts, perceived as their own, but subjectively unpleasant and / or unacceptable, causing a feeling of discomfort and the urge to get rid of them (control, block). Controlling and trying to "not think" intruding thoughts often lead to the opposite effect - their amplification.

ванием гнева и суицидальностью: так, стресс, с одной стороны, повышает риск насильственного агрессивного поведения, с другой стороны, уменьшает риск тяжелых суицидальных действий [43]. Следовательно, противоречивые данные обостряют вопрос дальнейшего изучения в данном направлении и обозначают самостоятельную проблему опосредования насильственных навязчивых идей в контексте агрессивного и суицидального поведения [44]. Вместе с тем, на этом фоне открывается другая научная тема относительно редких, производящих общественный резонанс ситуаций: самоубийств, совершённых после убийства, или «расширенных самоубийств», которые А.В. Голенков определяет как постгомицидные самоубийства [45]. В исследовании S. Flynn и соавт. (2009) обнаружена распространённость тревожных, панических и обсессивно-компульсивных расстройств у лиц, совершающих «расширенные самоубийства» [46].

Перфекционизм как система дисфункциональных убеждений и АВСП. I. Kim и соавт. (2016) указывают, что такие психологические феномены, как алекситимия и перфекционизм, могут способствовать развитию высокого риска суицидальности у пациентов с ОКР и СТР, что осмысляется как завышенные требования к себе, фиксация на собственных ошибках, особый когнитивный стиль по построению отношения к себе, другим людям и миру в целом на фоне неспособности вербально опосредовать свои переживания или дисфункционального убеждения о том, что вербализация психологического состояния является косвенным доказательством некомпетентности человека [47]. Перфекционизм является фактором риска развития и собственно ОКР. Однако озабоченность оценками других и высокие стандарты в столь же выраженной мере характерны и при СТР, являясь отправным пунктом формирования «safety behavior» в модели D. Clark (поведение, направленное на поиск безопасности).

Продуктом осмысления зарубежного опыта операционализации конструкта «перфекционизм» в русле отечественной психологической школы служит трехфакторная модель данного феномена, разработанная Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогоровой, Т.Ю. Юдеевой (2018) (озабоченность оценками со стороны других людей при неблагоприятных сравнениях себя с ними; высокие стандарты и требования к себе; негативное селектирование и фиксация на собственном несовершенстве), служащая значимым диагностическим инструментом, направленным на изучение перфекционизма также со стороны особенностей межличностных взаимодействий [48].

Смысловое образование «перфекционизм» отражает не только систему тематических дисфункциональ-

shown: for example, stress, on the one hand, increases the risk of violent aggressive behavior, on the other hand, it reduces the risk of severe suicidal actions [43]. Consequently, conflicting data exacerbate the issue of further study in this direction and indicate an independent problem of mediating violent obsessions in the context of aggressive and suicidal behavior [44]. At the same time, in this context another scientific topic of relatively rare situations that produces a public resonance opens up: suicides committed after a murder, or "extended suicides", which A.V. Golenkov defines as post-homicidal suicide [45]. The study by S. Flynn et al. (2009) revealed the prevalence of anxiety, panic and obsessive-compulsive disorders in people who commit "extended suicide" [46].

Perfectionism as a system of dysfunctional beliefs and AVSB. I. Kim et al. (2016) indicate that psychological phenomena such as alexithymia and perfectionism can contribute to the development of a high risk of suicidality in patients with OCD and SAD, which is interpreted as excessive demands to oneself, fixation on one's own mistakes, a special cognitive style for building attitudes towards oneself, other people and the world as a whole in the context of being unable to verbally mediate their experiences or having a dysfunctional belief that the verbalization of a psychological state is an indirect proof of a person's incompetence [47]. Perfectionism is a risk factor for the development and development of OCD itself. However, preoccupation with the assessments of others and high standards are equally pronounced in SAD, being the starting point for the formation of "safety behavior" in D. Clark's model (behavior aimed at finding safety).

In the national psychological school the three-factor model of perfectionism developed by N.G. Garanyan, A.B. Kholmogorova, T.Yu. Yudeeva (2018) (concern about evaluations from other people in case of unfavorable comparisons of oneself with them; high standards and requirements for oneself; negative selection and fixation on one's own imperfection) can be viewed as product of comprehending foreign experience to operationalize the construct "perfectionism". The aforementioned model serves as a significant diagnostic tool aimed at studying perfectionism also from the point of view of peculiarities of interpersonal interactions [48].

Conceptual notion "perfectionism" reflects not only the system of thematic dys-

ных убеждений, но и особые искажённые правила вынесения суждений о себе, других людях и мире в целом (я должен, иначе...; если я допущу ошибку, то это свидетельство моей некомпетентности; недопустимо несовершенное поведение на публике). Изучение перфекционизма как сложного психологического конструкта является перспективным в плане объяснения общих механизмов ОКР и СТР, что открывает новые возможности понимания предикторов, сопутствующих условиям, определяющих повышенный риск АВСП у пациентов с ОКР [49].

Многие существующие исследования показывают, психологический дистресс у людей с преобладанием в мотивационно-ценностной сфере перфекционистских убеждений положительно коррелирует с беспокойством и руминациями [50, 51, 52], которые играют значимую роль в процессе формирования и динамики АВСП при различных психических заболеваниях.

Импulsивность как нейрокогнитивная особенность и АВСП. На фоне рассмотрения obsessions как центрального фактора развития АВСП при рассматриваемом расстройстве, влияние obsessions и compulsions на разных стадиях течения ОКР различно. Считается, что запускающим механизмом развития ОКР является именно мыслительный компонент, вместе с тем по мере патологизации состояния всё большую роль начинают играть compulsions как результат дисфункциональной адаптации личности к obsessions, при этом поведенческий компонент особо связан с тяжестью симптоматики и инвалидизацией человека. На основе того факта, что системное взаимоотношение мыслительных и поведенческих компонентов при ОКР неодинаково, в ранних версиях МКБ выделялся такой подтип ОКР, при котором пациенты не сообщают о наличии compulsions. В МКБ-11 подтипы ОКР были удалены, так как в динамическом изучении большинство пациентов переживали как obsessions, так и compulsions, вместе с тем типология ОКР никак не влияет на прогноз лечения [1].

Группа исследователей во главе с A.G. Guzik (2017) обнаруживают на поздних этапах течения ОКР такую нейрокогнитивную особенность пациентов, как compulsiveness. В результате сравнения характеристик клинических картин при ОКР и синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) было показано, что пациенты, имеющие одновременно ОКР и СДВГ, характеризуются более ранним началом развития ОКР с выраженными симптомами, также у них выявлена высокая вероятность сопутствующих психических расстройств и совершения попыток самоубийства. Импulsивность, являющаяся качественным свойством как ОКР, так и СДВГ, по мнению A.G. Guzik и соавт.,

functional beliefs, but also the special distorted rules for making judgments about oneself, other people and the world as a whole (I must, otherwise ...; if I make a mistake, this is evidence of my incompetence ; imperfect conduct in public is unacceptable). The study of perfectionism as a complex psychological construct is promising in terms of explaining the general mechanisms of OCD and SAD, which opens up new possibilities for understanding the predictors associated with the condition that determine the increased risk of AVSB in patients with OCD [49].

Many existing studies show that psychological distress in people with a predominance of perfectionist beliefs in the motivational-value sphere positively correlates with anxiety and ruminations [50, 51, 52] that play a significant role in the process of formation and dynamics of AVSB in different mental illnesses.

Impulsivity as a neurocognitive feature and AVSB. When considering obsessions as a central factor in the development of AVSB in this disorder, the influence of obsessions and compulsions at different stages of the course of OCD is different. The triggering mechanism for the development of OCD is believed to be precisely the mental component, however, as the state becomes pathologized, compulsions begin to play an increasingly important role as a result of dysfunctional adaptation of the personality to obsessions, while the behavioral component is especially associated with the severity of symptoms and disability. Based on the fact that the systemic relationship of thought and behavioral components in OCD is not the same, in the early versions of the ICD, a subtype of OCD was distinguished in which patients did not report the presence of compulsions. In ICD-11, the subtypes of OCD were removed, since in the dynamic study most patients experienced both obsessions and compulsions, however, the typology of OCD does not in any way affect the prognosis of treatment [1].

A group of researchers led by A.G. Guzik (2017) found such a neurocognitive feature of patients as compulsiveness in the late stages of OCD. As a result of comparing the characteristics of clinical pictures in OCD and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), it was shown that patients with both OCD and ADHD are characterized by an earlier onset of development of OCD with severe symptoms, and they also have a high probability of concomitant mental disorders and committing suicide attempts. Impulsivity, which is a qualitative feature of both OCD and ADHD,

выступает той нейрокогнитивной особенностью, обуславливающей тяжесть общей симптоматики и развитие суицидальных мыслей, особенно суицидальных действий [53]. Отмечается, что пациенты с ОКР предпринимают попытки контролировать в своём поведении импульсивных проявлений, а по мере декомпенсации механизмов регулирования и опосредования эмоциональных и поведенческих компонентов нарастающее напряжение может находить своё выражение в импульсивных действиях.

Нарушение регуляции эмоций в ситуациях оценивания при СТР вызывает непосредственную тенденцию к избеганию участия в целом ряде ситуаций перформанса или поведению, направленному на поиск безопасности (более широкий паттерн поведенческих стратегий, применяемых к конкретной ситуации). Такое поведение закрепляется в опыте и актуализируется в стрессе в значительной мере автоматически, часто связано с убеждённой необходимостью контролировать внешние признаки тревоги и предупреждать осуждение другими. Наряду с выраженными социальными мотивами (в признании, одобрении и принятии) такое поведение приводит к негативным последствиям, в том числе срыву реализации значимых мотивов личности.

Руминации и беспокойство как трансдиагностические механизмы при тревожных расстройствах и ОКР в формировании и поддержании АВСП.

Отдельную веху в изучении взаимосвязи и вероятностных механизмов развития суицидальности у пациентов с ОКР составляет рассмотрение при данном психическом заболевании сопутствующего тревожного расстройства. До недавнего времени ОКР осмыслялось в рамках тревожных расстройств, однако на фоне сфокусированности на поиске синдромальных различий выделяется фундаментальная проблема выявления общих закономерностей протекания психической деятельности как при ОКР, так и при тревожных расстройствах при сравнении с нормой. Решение обозначенного вопроса может дать знания об основополагающих законах развития АВСП при заболеваниях, одним из центральных условий формирования и поддержания которых является тревожный компонент.

Распространённость коморбидных тревожных расстройств у пациентов с ОКР составляет 25-75%. При этом наличие сопутствующих депрессивных и тревожных симптомов, значительная выраженность навязчивых идей связаны с повышением риска самоубийства при ОКР [30]. Показано, что тревожные расстройства (в том числе и ОКР) значимо связаны с наличием суицидальных мыслей и соответствующего поведения [54, 55]. С другой стороны, проведённый в А. Kanwar и соавт. систематический обзор взаимосвязи между тре-

according to A.G. Guzick et al., is that neurocognitive feature that determines the severity of general symptoms and the development of suicidal thoughts, especially suicidal actions [53]. It is noted that patients with OCD make attempts to control impulsive manifestations in their behavior, and as the mechanisms of regulation and mediation of emotional and behavioral components decompensate, the growing tension can find its expression in impulsive actions.

Impaired regulation of emotions in situations of assessment in case of SAD causes an immediate tendency to avoid participation in a number of performance situations or behavior aimed at seeking safety (a broader pattern of behavioral strategies applied to a specific situation). Such behavior is fixed in experience and actualized in stress to a large extent automatically, often associated with a conviction about the need to control external signs of anxiety and prevent judgment by others. Along with pronounced social motives (in recognition, approval, and acceptance), such behavior leads to negative consequences, including the disruption of the realization of significant personal motives.

Ruminations and anxiety as transdiagnostic mechanisms in anxiety disorders and OCD in the formation and course of AVSB.

A separate milestone in the study of the relationship and probabilistic mechanisms of the development of suicidality in patients with OCD is the consideration of concomitant anxiety disorder in this mental illness. Until recently, OCD was conceptualized within the framework of anxiety disorders, however, when focusing on the search for syndromic differences, the fundamental problem of identifying general patterns of mental activity in both OCD and anxiety disorders stands out being compared to the norm. The solution to this issue can provide knowledge about the fundamental laws of the development of AVSB in diseases, one of the central conditions for the formation and maintenance of which is the component of being alert.

The prevalence of comorbid anxiety disorders in patients with OCD is 25-75%. Moreover, the presence of concomitant depressive and anxiety symptoms, a significant severity of obsessions are associated with an increased risk of suicide in OCD [30]. Anxiety disorders (including OCD) have been shown to be significantly associated with the presence of suicidal thoughts and related behavior [54, 55]. On the other hand, a systematic re-

возможными расстройствами и суицидальностью не обнаруживает доказательств того, что у пациентов с ОКР высока вероятность попыток самоубийства [56].

K.J.D. Allen и соавт. (2016) обнаружили, что люди с ОКР, подверженные высокому риску суицида, в основном используют беспокойство в качестве стратегии контроля собственных мыслей, направленной на будущие события; для таких людей характерно не только фиксирование на навязчивых неприемлемых идеях и поведенческих паттернах, но также необходимость контролировать, по возможности, все обстоятельства жизнедеятельности, избегать дискомфорта, «перестраховываться», что влияет на формирование устойчивой фрустрирующей ситуации, неспособности расслабиться. Исследователи пришли к выводу, что использование беспокойства в качестве средства контроля суицидальных мыслей положительно коррелирует с повышенным риском самоубийства у лиц, имеющих историю попыток суицида [57]. В качестве важных факторов развития суицидальности у пациентов с ОКР группой ученых во главе с D. Katz (2018) рассматривается не только беспокойство как энергозатратная стратегия совладания с навязчивыми идеями, но и катастрофизация в отношении оценки внешних потенциальных угроз, возможного причинения ущерба и собственных мыслей и поведения. По их мнению, навязчивые идеи становятся особо тягостными, неприемлемыми в результате когнитивной катастрофизации, а возникающее в результате психологическое состояние в виде устойчивого состояния готовности, мониторинга угроз может, в конечном счёте, привести к повышению суицидального риска [58].

Excessive reassurance seeking (ERS) рассматривается как ключевой фактор поддержания тревожного компонента при психических расстройствах [59, 60], который заключается в «интрузивном получении от других людей информации о безопасности, угрожающем объекте, ситуации или межличностных характеристиках, несмотря на то, что люди уже обладают данной информацией» [61] с целью редукции переживания тревоги. Предполагается, что ERS играет важную роль в хронификации напряжения при расстройствах тревожного спектра, включая социальное тревожное расстройство (СТР) [62] и ОКР [60]. Рассмотрение общего закона протекания психической деятельности при СТР и ОКР в виде руминативного стиля мышления целесообразно на основании психологических экспериментов, подтверждающих заинтересованность озабоченности относительно потенциальных угроз в ситуации в противовес роли самооценки в развитии как СТР [59], так и ОК-симптоматики [63].

В дополнение к размышлениям о стратегии «бес-

view conducted by A. Kanwar et al. on the relationship between anxiety disorders and suicidality finds no evidence that patients with OCD are more likely to attempt suicide [56].

K.J.D. Allen et al. (2016) found that people with OCD at high risk of suicide primarily use anxiety as a strategy to control their thoughts towards future events; such people are characterized not only by fixation on obsessive unacceptable ideas and behavioral patterns, but also by the need to control, if possible, all life circumstances, avoid discomfort, “reinsure”, which affects the formation of a stable frustrating situation, inability to relax. Researchers concluded that the use of anxiety as a means of controlling suicidal thoughts is positively correlated with an increased risk of suicide in individuals with a history of suicidal attempts [57]. As important factors in the development of suicidality in patients with OCD, a group of scientists led by D. Katz (2018) considers not only anxiety as an energy-wasteful strategy for coping with obsessions, but also catastrophizing in relation to the assessment of external potential threats, possible harm and personal thoughts and behavior. In their opinion, obsessions become especially painful and unacceptable as a result of cognitive catastrophizing, and the resulting psychological state in the form of a steady state of readiness, monitoring of threats can ultimately lead to an increase in suicidal risk [58].

Excessive reassurance seeking (ERS) is viewed as a key factor in maintaining the anxiety component in mental disorders [59, 60], which in order to reduce the experience of anxiety requires “intrusively receiving information from other people about the safety, threat object, situation or interpersonal characteristics, despite the fact that the person with OCD already has this information” [61]. ERS has been suggested to play an important role in the chronicity of stress in anxiety spectrum disorders, including social anxiety disorder (SAD) [62] and OCD [60]. Consideration of the general law of the course of mental activity in SAD and OCD in the form of a ruminative style of thinking is advisable on the basis of psychological experiments confirming the interest of concern about potential threats in the situation as opposed to the role of self-esteem in the development of both SAD [59] and OCD symptoms [63].

In addition to thinking about the “worry” strategy, some of the pathological thinking patterns characteristic of OCD and anxiety disorders fit into the concept of repetitive negative thinking: post-situational and pre-

покойство» некоторые патологические паттерны мышления, характерные для ОКР и тревожных расстройств, укладываются в концепт *repetitive negative thinking*: пост-ситуативные и пре-ситуативные руминации, связанные с аккумуляцией и невозможностью внешней реализации аффекта, самофокусировка на ошибках как отражение пристрастности внимания. Одним из выявленных факторов риска развития АВСП, который обратил на себя внимание, является руминация. Согласно теории S. Nolen-Hoeksema (1991), руминации представляют собой периодическое и пассивное фокусирование на симптомах дистресса и на возможных причинах и последствиях этих симптомов, и, в отличие от беспокойства, направлены на фиксацию прошлых событий [64]. Важно отметить, что руминативное мышление определяется не содержанием мысли, а скорее свойством навязчивости и фиксированности мысли, которое не приводит к активному продуктивному решению проблем [65]. K.C. Law и R.P. Tucker [66] предполагают, что такой стиль мышления увеличивает чувство интрузивности и безнадежности, что может способствовать рассмотрению самоубийства в качестве потенциального выхода их ситуации дистресса и переходу от мыслей о суициде к попыткам самоубийства посредством десенсибилизации воспринимаемой тяжести переживания руминаций.

Одним из способов регулирования интенсивности своих эмоций, отвлечения от стрессовых воздействий в контексте эмоциональных дисрегуляций выступает несуйцидальное самоповреждающее поведение (НССП) [67, 68]. Исследования показывают, что НССП не даёт ожидаемого результата в избегании негативного аффекта [69]. Наряду с этим данная дезадаптивная стратегия регуляции собственного состояния высоко коррелирует с попытками самоубийства [70]. НССП, например, у пациентов с ОКР может выступать в качестве компульсивного ритуала по преодолению навязчивых переживаний. Однако в рамках культурно-деятельностной методологии по механизму «сдвига мотива на цель» возможно приобретение личностного смысла аутоагрессивного поведения, что также считается значимым условием риска перехода к крайней точке суицидального поведения: попытке самоубийства.

Модель АВСП: распространение опыта изучения СТР на рассмотрение ОК-симптоматики.

Наличие отчасти противоречивых данных в рассматриваемой теме, «белые пятна» относительно предикторов развития патологического процесса, мозаичность картины формирования АВСП при ОКР обуславливают сложность системного обобщения методологически разрозненных исследований в изучаемой про-

situational ruminations associated with the accumulation and inability of external realization of affect, self-focusing on mistakes as a reflection of attention bias. One of the identified risk factors for the development of AVSB, which attracted attention, is rumination. According to the S. Nolen-Hoeksema theory (1991), rumination is a periodic and passive focusing on the symptoms of distress and on the possible causes and consequences of these symptoms, and, in contrast to anxiety, it is aimed at fixation on past events [64]. It is important to note that ruminative thinking is determined not by the contents of the thought, but rather by the obsession and fixation feature of the thought, which does not lead to active productive problem solving [65]. Law K.C. and Tucker R.P. [66] suggest that this style of thinking increases feelings of intrusiveness and hopelessness, which may lead to seeing suicide as a potential way out of their distressing situation and shifting from suicidal thoughts to attempting suicide by desensitizing the perceived severity of rumination.

One of the ways to regulate the intensity of one's emotions, distract from stressful influences in the context of emotional dysregulations is non-suicidal self-injurious behavior (NSSB) [67, 68]. Studies show that NSSB does not give the expected result in avoiding negative affect [69]. Along with this, this maladaptive strategy for regulating one's own state is highly correlated with attempts at suicide [70]. NSSB, for example, in patients with OCD it can act as a compulsive ritual to overcome obsessive compulsions. However, in terms of the cultural-activity methodology according to the mechanism of "shift from the motive to the goal", it is possible to acquire a personal meaning of auto-aggressive behavior, which is also considered a significant condition for the risk of transition to the extreme point of suicidal behavior: attempted suicide.

AVSB model: dissemination of experience in studying SAD to consider OK symptoms.

The presence of partially contradictory data on the topic under consideration, "white spots" regarding predictors of the development of a pathological process, a mosaic pattern of AVSB formation in OCD cause the complexity of the systemic generalization of methodologically scattered studies in the problem under study, which creates difficulties in assessing the possibility of an OCD patient attempting suicide.

On the basis of the above mentioned

блеме, что создает трудности оценки возможности совершения пациентом с ОКР попытки суицида.

На основе вышеизложенных условий, факторов риска развития АВСП при ОКР в контексте общих с тревожными расстройствами, в частности СТР, особенностей и законов осуществления психической деятельности рассмотрим вероятностную структуру развития АВСП при ОКР, базирующуюся на модели антивиталяного и суицидального поведения в контексте СТР, разрабатываемой в трудах О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева, И.Я. Стояновой [71, 72, 73]. Исследователи рассматривают трансформацию антивиталяного поведения как средство разрядки напряжения в антивиталяную модель поведения, которая характеризуется как цель, даже мотив снятия тягостного напряжения в «психологическом поле личности». Исходя из принципов их концепции, механизмом суицидального поведения при ОКР, скорее, является нарастающее «неразряжаемое динамическое напряжение» на основе неэффективной компульсивной регуляции обсессивных компонентов в системе психической деятельности (ригидный дисфункциональный характер регуляции и контроля, руминации, беспокойство) вместе с явлениями декомпенсации эмоционально-личностной сферы (перфекционизм, переживание стыда, тревоги, чувства безнадежности, незавершённости, чувство относительно симметрии / порядка) в условиях эволюции иерархии мотивов (соподчинение сфер жизни относительно удовлетворению потребности – противостоянию навязчивым идеям, чаще посредством неадаптивных ритуалов) и в болезни как кризиса развития. Наряду с прочими производными нарушениями, решающим, в конечном счёте, выступает «сдвиг мотива на цель» в контексте возникновения личностного смысла собственно антивиталяных и суицидальных действий.

Вышеизложенная модель согласуется с представлениями А.Г. Амбрумовой (1986) о рассмотрении суицидального поведения как комплексного новообразования в сложной системе психической деятельности [74]. Ситуация потери контроля над своим поведением в виде нарастающей по мере патологизации и хронификации импульсивности как нейропсихологической особенности, вероятно, выступает катализатором развития антивиталяного и суицидального поведения при ОКР и / или пусковым механизмом, «последней каплей» в сложной системе регуляции психической деятельности в условиях болезни.

Заключение.

Таким образом, проблема изучения закономерностей протекания психической деятельности при ОКР, обуславливающих развитие АВСП, остаётся экспериментально нерешённой, требующей не только специ-

conditions, risk factors for the development of AVSB in OCD in the context of general anxiety disorders, in particular SAD, the characteristics and laws of the implementation of mental activity, let us consider the probabilistic structure of the development of AVSB in OCD, based on the model of antivital and suicidal behavior in the context of SAD, developed in the works of O.A. Sagalakova, D.V. Truevtseva, I. Ya. Stoyanova [71, 72, 73].

Researchers consider the transformation of antivital behavior as a means of stress relief into an antivital behavior model, which is characterized as a goal, even a motive for relieving painful stress in the “psychological field of the personality”. Based on the principles of their concept, the mechanism of suicidal behavior in OCD is rather the growing “non-dischargeable dynamic tension” based on ineffective compulsive regulation of obsessive components in the system of mental activity (rigid dysfunctional nature of regulation and control, ruminations, anxiety) together with phenomena of decompensation of the emotional and personal sphere (perfectionism, feelings of shame, anxiety, feelings of hopelessness, incompleteness, feeling about symmetry / order) in the context of the evolution of the hierarchy of motives (the subordination of the spheres of life in relation to the satisfaction of needs – opposition to obsessions, more often by means of maladaptive rituals) and in illness as a developmental crisis. Along with other derivative violations, ultimately decisive is the “shift from the motive to the goal” in the context of the emergence of a personal meaning of anti-vital and suicidal actions proper.

The above mentioned model is consistent with the ideas of A.G. Ambrumova (1986) on the consideration of suicidal behavior as a complex neoplasm in a complex system of mental activity [74]. The situation of loss of control over one's behavior in the form of impulsiveness as a neuropsychological feature that grows with pathologization and chronicity, probably acts as a catalyst for the development of antivital and suicidal behavior in OCD and / or a trigger mechanism, the “last straw” in the complex system of regulation of mental activity under conditions disease.

Conclusion.

Thus, the problem of studying the regularities of the course of mental activity in OCD, which determines the development of AVSB, remains experimentally unsolved, requiring not only special detailed studies, but also correct formulations of the hypotheses.

альных развернутых исследований, но и верных постановок гипотез. В данной теме остаются как противоречивые данные, так и многочисленные вопросы без исчерпывающих ответов, что особенно подчеркивает важность не только выделения самостоятельного синдромного статуса данного расстройства, но и концентрации на общих механизмах с тревожными нарушениями. Фрагментарность и узконаправленность результатов исследований потенциально преодолимы в контексте интегративного методологически выверенного подхода к квалификации получаемых эмпирических данных. Перспективно изучение особенностей руминативного мышления и беспокойства как значимых феноменов, заинтересованных в развитии АВСП при ОКР и СТР. Роль мониторинга потенциальной угрозы и важность interpersonalных отношений в становлении и поддержании ОК-симптоматики и СТР открывают возможности экспериментального исследования общих закономерностей по формированию и поддержанию не только АВСП, но и других патологических процессов. Проблема суицидального поведения как дисфункциональной стратегии «совладания» с эмоциональным напряжением формулирует самостоятельную проблему относительно «случайных» самоубийств, а также обуславливает осмысление «сдвига мотива на цель» и перестройки смысловой иерархии мотивов как фундаментальных законов функционирования психики как в норме, так и при психических заболеваниях.

This topic contains both contradictory data and numerous questions without exhaustive answers, which especially emphasizes the importance of not only highlighting the independent syndromic status of this disorder, but also focusing on common mechanisms with anxiety disorders. The fragmentation and narrow focus of research results are potentially surmountable in the context of an integrative methodologically verified approach to qualifying the obtained empirical data. It is promising to study the features of ruminative thinking and anxiety as significant phenomena interested in the development of AVSB in OCD and SAD. The role of monitoring a potential threat and the importance of interpersonal relationships in the formation and maintenance of OK symptoms and SAD open up possibilities for experimental study of general patterns in the formation and maintenance of not only AVSB, but also other pathological processes. The problem of suicidal behavior as a dysfunctional strategy of "coping" with emotional stress formulates an independent problem regarding "accidental" suicides, and also determines the understanding of the "shift from the motive to the goal" and the restructuring of the semantic hierarchy of motives as fundamental laws of the functioning of the psyche, both for the norm and for mental illness.

Литература / References:

1. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S., et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019; 18 (1): 3–19. DOI: 10.1002/wps.20611
2. Crino R., Slade T., Andrews G. The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *Am J Psychiatry*. 2005; 162 (5): 876–882. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.5.876
3. Ruscio A.M., Stein D.J., Chiu W.T., et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010; 15 (1): 53–63. DOI: 10.1038/mp.2008.94
4. Williams M., Chapman L., Simms J., et al. Cross-cultural phenomenology of obsessive-compulsive disorder. The Wiley handbook of obsessive-compulsive disorder across the lifespan. In J. Abramowitz, D. McKay, E. Storch (Eds.). Hoboken, NJ: Wiley, 2017. 56–74. DOI: 10.1002/9781118890233.ch4
5. Thibodeau M.A., Welch P.G., Sareen J., et al. Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: Propensity score matching in two epidemiological samples. *Depress Anxiety*. 2013; 30 (10): 947–954. DOI: 10.1002/da.22203
6. Cogle J.R., Keough M.E., Riccardi C.J., et al. Anxiety disorders and suicidality in the national comorbidity survey-replication. *J Psychiatr Res*. 2009; 43 (9): 825–829. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2008.12.004
7. Olsson M., Guardino M., Struening E., et al. Barriers to the treatment of social anxiety. *Am J Psychiatry*. 2000; 157 (4): 521–527. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.4.521
8. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, MA, US: Harvard University Press, 2005. 288.
9. Arditte K.A., Morabito D.M., Shaw A.M., et al. Interpersonal risk for suicide in social anxiety: The roles of shame and depression. *Psychiatry Research*. 2016; 239: 139–144. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.03.017
10. Torres A.R., Ramos-Cerqueira A.T., Ferrao Y.A., et al. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72 (1): 17–26. DOI: 10.4088/JCP.09m05651blu
11. Kamo M., Golding J.M., Sorenson S.B., et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45 (12): 1094–1099. DOI: 10.1001/archpsyc.1988.01800360042006
12. Зотов П.Б., Любов Е.Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (1): 3–24. [Zotov P.B., Lyubov E.B. Suicidal behavior in the medical patients. *Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (1): 3–24.] (In Russ)
13. Dell’Osso B., Benatti B., Arici C., et al. Prevalence of suicide attempt and clinical characteristics of suicide attempters with obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *CNS Spectr*. 2018; 23 (1): 1–8. DOI: 10.1017/S1092852917000177
14. Fernández-Cruz L., Rydell M., Runeson B., et al. Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36788 Swedish patients. *Mol Psychiatry*. 2017; 22 (11): 1626–1632. DOI: 10.1038/mp.2016.115
15. Velloso F., Piccinato C., Ferrão Y., et al. The suicidality continuum in a large sample of obsessive-compulsive disorder (OCD) patients. *Eur Psychiatry*. 2016; 38: 1–7. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.05.003
16. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. *Суицидология*. 2018; 9 (1): 23–35. [Lyubov E.B., Zotov P.B. Diagnostics of suicidal behavior and suicide risk evaluation. Report I. *Suicidology*. 2018; 9 (1): 23–35.] (In Russ)

17. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М., 1980. 58. [Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Diagnosis of suicidal behavior. Methodical recommendation. M., 1980. 58.] (In Russ)
18. Кудрявцев И.А. Смысловая типология суицидов. *Суицидология*. 2013; 2 (11): 3-7. [Kudryavtsev I.A. Semantic typology of suicides. *Suicidology*. 2013; 2 (11): 3-7.] (In Russ)
19. Wasserman D. (Ed.) Suicide. An unnecessary death. Martin Dunitz, London, 2001. 287.
20. Selby E.A., Anestis M.D., Bender T.W., et al. Overcoming the fear of lethal injury: Evaluating suicidal behavior in the military through the lens of the Interpersonal – Psychological Theory of Suicide. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30 (3): 298-307. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.12.004
21. Angelakis I., Gooding P., Tarrier N., et al. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015; 39: 1-15. DOI: 10.1016/j.cpr.2015.03.002
22. Aaron R.V., Fisher E.A., de la Vega R., et al. Alexithymia in individuals with chronic pain and its relation to pain intensity, physical interference, depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2019; 160 (5): 994-1006. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001487
23. Panayiotou G., Leonidou C., Constantinou E., et al. Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Compr Psychiatry*. 2015; 56: 206-216. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.09.006
24. Брель Е.Ю., Стоянова И.Я. Феномен алекситимии в клинико-психологических исследованиях (обзор литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 74-81. DOI: 10.26617/1810-3111-2017-4(97)-74-81. [Brel' E.Yu., Stoyanova I.Ya. Phenomenon of alexithymia in clinical-psychological studies (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 74-81.] (In Russ)
25. Брель Е.Ю. Алекситимия в норме и патологии: психологическая структура и возможности превенции: дис. ... докт. психол. наук. Томск, 2018. 335. [Brel' E.Yu. Alexithymia in norm and pathology: psychological structure and possibilities of prevention. Doctoral (Psychology) diss. Tomsk, 2018. 335.] (In Russ)
26. Lochner C., Fineberg N.A., Zohar J., et al. Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCs). *Compr Psychiatry*. 2014; 55 (7): 1513-1519. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.05.020
27. Бохан Н.А., Семке В.Я., Четвериков Д.В. Двойной диагноз в психиатрии и наркологии: оценка и лечение. Томск, 2009. 236. [Bokhan N.A., Semke V.Ya., Chetverikov D.V. Double diagnosis in psychiatry and narcology: assessment and treatment. Tomsk, 2009. 236.] (In Russ)
28. Королев А.А., Стоянова И.Я. Личностный потенциал в аспекте самоорганизации и качества жизни у пациентов с сочетанными психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 6 (81): 59-63. [Korolev A.A., Stoyanova I.Ya. Personality potential in aspect of self-organization and quality of life in patients with combined mental disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013; 6 (81): 59-63.] (In Russ)
29. Veale D., Roberts A. Obsessive compulsive disorder. *BMJ*. 2014; 348: 31-34. DOI: 10.1136/bmj.g2183
30. Chaudhary R.K., Kumar P., Mishra B.P. Depression and risk of suicide in patients with obsessive-compulsive disorder: A hospital-based study. *Ind Psychiatry J*. 2016; 25 (2): 166-170. DOI: 10.4103/ipj.ipj.63.16
31. Perugi G., Akiskal H.S., Pfanner C., et al. The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 1997; 46 (1): 15-23. DOI: 10.1016/s0165-0327(97)00075-x
32. Angst J., Gamma A., Endrass J., et al. Obsessive-compulsive syndromes and disorders: Significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005; 255 (1): 65-71. DOI: 10.1007/s00406-005-0576-8
33. Brakoulias V., Starcevic V., Belloch A., et al. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): an international collaboration. *Comprehensive Psychiatry*. 2017; 76: 79-86. DOI: 10.1016/j.comppsy.2017.04.002
34. Dhyani M., Trivedi J., Nischal A., et al. Suicidal behaviour of Indian patients with obsessive compulsive disorder. *Indian J Psychiatry*. 2013; 55 (2): 161-166. DOI: 10.4103/0019-5545.111455
35. Kamath P., Reddy J., Thennarasu K. Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68 (11): 1741-1750. DOI: 10.4088/jcp.v68n1114
36. Phillips K.A., Kaye W.H. The relationship of body dysmorphic disorder and eating disorders to obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 2007; 12 (5): 347-358. DOI: 10.1017/s1092852900021155
37. Hollander E., Greenwald S., Neville D., et al. Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depress Anxiety*. 1996; 4 (3): 111-119.
38. Ching T.H., Williams M., Siev J. Violent obsessions are associated with suicidality in an OCD analog sample of college students. *Cogn Behav Ther*. 2017; 6 (2): 129-140. DOI: 10.1080/16506073.2016.1228084
39. Armstead E.A., Votta C.M., Deldin P.J. Examining rumination and sleep: A transdiagnostic approach to depression and social anxiety. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. 2019; 32: 99-103. DOI: 10.1016/j.npbr.2019.05.003
40. Orue I., Calvete E., Padilla P. Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence*. 2014; 37 (8): 1281-1291. DOI: 10.1016/j.adolescence.2014.09.004
41. Huz I., Nyer M., Dickson C., et al. Obsessive-compulsive symptoms as a risk factor for suicidality in U.S. College students. *J Adolesc Health*. 2016; 58 (4): 481-484. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2015.11.011
42. Balci V., Sevincok L. Suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2010; 175 (1-2): 104-108. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.03.012
43. Розанов В.А. Психическое здоровье детей и подростков – попытка объективной оценки динамики за последние десятилетия с учетом различных подходов. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018; 28 (1): 62-73. [Rozanov V.A. Mental health of children and adolescents - an attempt to objectively assess the dynamics over the past decade, taking into account different approaches. *Social and clinical psychiatry*. 2018; 28 (1): 62-73.] (In Russ)
44. Бохан Н.А., Приленский Б.Ю., Уманская П.С. Суицидальное поведение больных в практике врача психиатра-нарколога. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 1 (82): 10-14. [Bokhan N.A., Prilensky B.Yu., Umanskaya P.S. Suicidal behavior of patients in practice of narcologists. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014; 1 (82): 10-14.] (In Russ)
45. Голенков А.В. Распространенность и особенности постгомицидных суицидов на примере одного из регионов России. *Психическое здоровье*. 2018; 16 (2): 9-13. DOI: 10.25557/2074-014X.2018.02.9-13. [Golenkov A.V. Prevalence and peculiarities of post-homicide suicides on the example of one of the regions of Russia. *Mental health*. 2018; 16 (2): 9-13.] (In Russ)
46. Flynn S., Swinson N., While D., et al. Homicide followed by suicide: a cross-sectional study. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2009; 20 (2): 306-321. DOI: 10.1080/14789940802364369
47. Kim H., Seo J., Namkoong K., et al. Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2016; 192: 50-55. DOI: 10.1016/j.jad.2015.12.018
48. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2018; 26 (3): 8-32. [Garayanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Factor structure and psychometric properties of perfectionism inventory: Developing 3-factor version. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2018; 26 (3): 8-32.] (In Russ)
49. Гараян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований). *Терапия психических расстройств*. 2006; 1: 23-31. [Garayanyan N.G. Per-

- fectionism and psychopathological disorders: foreign studies review. *Therapy of Mental Disorders*. 2006; 1: 23-31.] (In Russ)
50. Blankstein K.R., Lumley C.H. Multidimensional perfectionism and ruminative brooding in current dysphoria, anxiety, worry, and anger. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2008; 26 (3): 168–193. DOI: 10.1007/s10942-007-0068-z
 51. Cox S.L., Chen J. Perfectionism: A contributor to social anxiety and its cognitive processes. *Australian Journal of Psychology*. 2014; 67 (4): 231–240. DOI:10.1111/ajpy.12079
 52. Nepon T., Flett G.L., Hewitt P.L., et al. Perfectionism, negative social feedback, and interpersonal rumination in depression and social anxiety. *Can Journal Behav Sci*. 2011; 43 (4): 297–308. DOI: 10.1037/a0025032
 53. Guzick A.G., McNamara J.P.H., Reid A.M., et al. The link between ADHD-like inattention and obsessions and compulsions during treatment of youth with OCD. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2017; 12: 1–8. DOI: 10.1016/j.jocrd.2016.11.004
 54. Sareen J., Cox B.J., Afifi T.O., et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62 (11): 1249-1257. DOI: 10.1001/archpsyc.62.11.1249
 55. Cho S.J., Hong J.P., Lee J.Y., et al. Association between DSM-IV anxiety disorders and suicidal behaviors in a community sample of South Korean adults. *Psychiatry Investig*. 2016; 13 (6): 595-600. DOI: 10.4306/pi.2016.13.6.595
 56. Kanwar A., Malik S., Prokop L.J., et al. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013; 30 (10): 917-929. DOI: 10.1002/da.22074
 57. Allen K.J.D., Kropfing J.W., Mathes B.M., et al. Thought control strategies in patients with severe obsessive-compulsive disorder: Treatment effects and suicide risk. *JOCR*. 2016; 8: 31-37. DOI: 10.1016/j.jocrd.2015.11.004
 58. Katz D., Laposa J.M., Rector N.A. Anxiety sensitivity, obsessive beliefs, and the prediction of CBT treatment outcome for OCD. *J Cogn Ther*. 2018; 11 (1): 31–43. DOI: 10.1007/s41811-018-0007-z
 59. Cogle J.R., Fitch K.E., Fincham F.D., et al. Excessive reassurance seeking and anxiety pathology: Tests of incremental associations and directionality. *J Anxiety Disord*. 2012; 26 (1): 117-125. DOI: 10.1016/j.janxdis.2011.10.001
 60. Salkovskis P.M. The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. In P.M. Salkovskis (Ed.). *Frontiers of cognitive therapy*. The Guilford Press, 1996: 48–74.
 61. Parrish C.L., Radomsky A.S. Why do people seek reassurance and check repeatedly? An investigation of factors involved in compulsive behavior in OCD and depression. *J Anxiety Disord*. 2010; 24 (2): 211-222. DOI: 10.1016/j.janxdis.2009.10.010
 62. Heerey E.A., Kring A.M. Interpersonal consequences of social anxiety. *J Abnorm Psychol*. 2007; 116 (1): 125–134. DOI: 10.1037/0021-843X.116.1.125
 63. Salkovskis P.M. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behav Res Ther*. 1985; 23 (5): 571–583. DOI: 10.1016/0005-7967(85)90105-6
 64. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*. 1991; 100 (4): 569–582. DOI: 10.1037/0021-843X.100.4.569
 65. Nolen-Hoeksema S., Wisco B.E., Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci*. 2008; 3 (5): 400-424. DOI: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
 66. Law K.C., Tucker R.P. Repetitive negative thinking and suicide: A burgeoning literature with need for further exploration. *Curr Opin Psychol*. 2018; 22: 68-72. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.08.027
 67. Rogers M.L., Joiner T.E. Rumination, suicidal ideation, and suicide attempts: a meta-analytic review. *Rev Gen Psychol*. 2017; 21 (2): 132–142. DOI: 10.1037/gpr0000101
 68. Nock M.K. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009; 18 (2): 78–83. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
 69. Paul E., Tsypes A., Eidlitz L., et al. Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Res*. 2015; 225 (3): 276-282. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.12.026
 70. Klonsky E.D., May A.M., Glenn C.R. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *J Abnorm Psychol*. 2013; 122 (1): 231-237. DOI: 10.1037/a0030278
 71. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я., Сагалаков А.М. Системный подход в исследовании антивиталяного и суицидального поведения. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн*. 2015; 6 (35). URL: <http://mprj.ru>. [Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya., Sagalakov A.M. A systematic approach to the study of life-threatening and suicidal behavior. *Med. psihol. Ross*. 2015; 6 (35).] (In Russ)
 72. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдром социальной фобии и его психологическое содержание. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017; 117 (4): 15-22. DOI: 10.17116/jnevro2017117415-22. [Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya. A psychological content of social phobia syndrome. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017; 117 (4): 15–22.] (In Russ)
 73. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдромно-факторный метод в историческом и современном контексте: возможности исследования социально-тревожного расстройства. *Сибирский психологический журнал*. 2018; 70: 75–91. DOI: 10.17223/17267080/70/6. [Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya. Syndrome-factor method in historical and modern context: possibilities of studying social anxiety disorder. *Siberian journal of psychology*. 2018; 70: 75–91.] (In Russ)
 74. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико – психологическое исследование самоубийств. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1998; 8: 65–77. [Ambrumova A.G., Kalashnikova O.E. Clinical psychological study of suicide. *Social and clinical psychiatry*. 1998; 8: 65–77.] (In Russ)

PSYCHOLOGICAL FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR FORMATION IN OBSESSIVE-COMPULSIVE AND SOCIAL ANXIETY DISORDER

O.A. Sagalakova¹, O.V. Zhirnova¹,
D.V. Truevtsev¹, N.A. Bokhan^{2,3,4},
I.Ya. Stoyanova^{2,3}, E.Yu. Brele³

¹Altai State University, Barnaul, Russia; olgasagalakova@mail.ru

²Mental Health Research Institute, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia; mental@tnimc.ru

³Tomsk National State University, Tomsk, Russia; brelelena@mail.ru

⁴Siberian State Medical university, Tomsk, Russia; Ithka1948@mail.ru

Abstract:

This article describes the development of life-threatening and suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder (OCD) and social anxiety disorder (SAD). Current research on conditions and comorbid states that increase the risk of suicidality in OCD and SAD including the transdiagnostic features and mechanisms of the suicidal behavior formation (ruminations, focus on errors, perfectionism, impaired emotion regulation, alexithymia) are analyzed. The role of general cognitive mechanisms and cognitive style features in SAD and OCD is revealed. Social interaction in SAD is often disrupted, accompanied by a disturbed belongingness and perceived burdensomeness, which creates the conditions for an increased risk of suicidal behavior. The importance of feelings of hopelessness and / or helplessness in the process of developing suicidal thoughts and appropriate behavior in disorders is noted. The need to comprehensively explain the increase of suicide risk in OCD due to depressive state is signified as a discussion subject. The significant predictive role of the history of suicide attempts in the context of the future suicidal behavior likelihood is shown,

which is consistent with the concept regarding common (socio-demographic, psychiatric) risk factors. Suicidal behavior is considered as a dynamic, time-unfolding process, which causes distinguishing primary and derivative disturbances in the structure of mental activity. It is discussed whether it is important to distinguish between suicidal thoughts and obsessions associated with auto-aggression. The question is raised about the mechanisms of development of suicide in OCD and SAD: what are the content of obsessions and intrusive ruminations, the rules for making judgments, or the chronicity of cumulative stress in the “psychological field”? An opinion is expressed regarding the role of perfectionism as a system of maladaptive thoughts and a special cognitive style in the formation of suicides in the studied disorders. The unequal role of obsessions and compulsions at different stages of the course of OCD and the development of suicide is shown. Impulsivity is considered as a neuropsychological feature that characterizes the chronicity of a pathological condition and increases the risk of suicidal behavior in OCD. The question is raised about common and different conditions for the suicide in OCD and SAD. The use of worry, anxiety, and catastrophizing strategies for controlling mental activity is associated with an increase in suicide risk in people with OCD. Gloomy anxious ruminations and negative prognosis in SAD are associated with the risk of suicidal behavior. An anxiety component is qualified as an additional source of increasing stress, spending human compensatory resources in both disorders. In SAD, emotion regulation disturbance in the evaluation situation is typical, actualization of unmediated safety behavior is characteristic. The problem in relation to comprehensive evaluation of suicide risk is signified. In accordance with the model of life-threatening and suicidal behavior, the mechanism of suicidality in SAD, OCD in the form of increasing cumulative stress, maladaptive compulsive regulation of intrusions with the phenomena of emotional and personal decompensation is proposed in the context of the motives hierarchy evolution and the developmental crisis. The most significant influence of the thought component as a triggering mechanism for the development of pathological processes, compulsions as a factor in the disability of mental state and catalyst for suicide is shown. The model is associated with the concept of Ambrumova regarding suicidality as a complex phenomenon. The prospect of further research is analyzed, including such a topic as the acquisition of an independent personal meaning in the context of self-injurious behavior by the mechanism of “the shift from the motive to the goal”.

Keywords: obsessive-compulsive disorder; social anxiety disorder; life-threatening and suicidal behavior; tension in the “psychological field”; ruminations; anxiety; feeling of hopelessness; perfectionism

Вклад авторов:

О.А. Сагалакова: написание текста рукописи; обзор и перевод публикаций по теме статьи; редактирование текста рукописи;
О.В. Жирнова: написание текста рукописи; обзор и перевод публикаций по теме статьи;
Д.В. Труевцев: написание текста рукописи; обзор и перевод публикаций по теме статьи; редактирование текста рукописи;
Н.А. Бохан: редактирование текста рукописи;
И.Я. Стоянова: обзор и перевод публикаций по теме статьи; редактирование текста рукописи;
Е.Ю. Брель: написание текста рукописи.

Authors' contributions:

O.A. Sagalakova: manuscript writing; review and translation of relevant publications; manuscript editing;
O.V. Zhirnova: manuscript writing; review and translation of relevant publications;
D.V. Truetsev: manuscript writing; review and translation of relevant publications; manuscript editing;
N.A. Bokhan: manuscript editing;
I.Ya. Stoyanova: review and translation of relevant publications; manuscript editing;
E.Yu. Brel: manuscript writing.

Специальность публикации / Specialty of publication: 19.00.04 – медицинская психология / medical psychology

Финансирование: Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РФФИ в рамках научного проекта № 17-29-02420 «Нейрокогнитивные механизмы нарушений психической деятельности при социальной тревоге и социофобии».

Financing: The reported study was funded by RFBR, project number 17-29-02420 «Neurocognitive mechanisms of mental activity disturbances in social anxiety and social phobia».

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 26.02.2020. **Принята к публикации / Accepted for publication:** 22.06.2020.

Для цитирования: Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В., Бохан Н.А., Стоянова И.Я., Брель Е.Ю. Психологические факторы формирования суицидального поведения при обсессивно-компульсивном и социальном тревожном расстройстве. *Суицидология*. 2020; 11 (2): 82-100. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-82-100

For citation: Sagalakova O.A., Zhirnova O.V., Truetsev D.V., Bokhan N.A., Stoyanova I.Ya., Brel E.Yu. Psychological factors of suicidal behavior formation in obsessive-compulsive and social anxiety disorder. *Suicidology*. 2020; 11 (2): 82-100. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-82-100