

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

А.Б. ХОЛМОГорова*,

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

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

Для цитаты:

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

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

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

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

Введение: проблема суицида в России

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

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

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

Когнитивно-бихевиоральный подход к депрессии. Безднадежность и утрата смысла как предикторы суицида при депрессии

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

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

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

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

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

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

Когнитивно-бихевиоральная терапия суицидального поведения. Теория суицидального кризиса

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Отечественные исследования суицидального поведения у студентов

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

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

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

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

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

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

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

Заключение.

Перспективы в области профилактики суицидов

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

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

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

ЛИТЕРАТУРА

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

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

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

A.B. KHOLMOGOROVA*,

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

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

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

For citation:

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

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

REFERENCES

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

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

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