

ОСОБЕННОСТИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ И ПРЕДШЕСТВУЮЩИМИ ПОПЫТКАМИ В ОСТРОМ СУИЦИДАЛЬНОМ КРИЗИСЕ

К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов

ГБУЗ «Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева», г. Москва, Россия
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия

CHARACTERISTICS OF YOUNG PEOPLE IN ACUTE SUICIDAL CRISIS WITH AND WITHOUT NON-SUICIDAL SELF-HARM AND SUICIDE ATTEMPTS

К.А. Chistopolskaya,
S.N. Enikolopov

Eramishantsev City Clinical Hospital, Moscow, Russia
Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

Информация об авторах:

Чистопольская Ксения Анатольевна – клинический психолог (SPIN-код: 3641-3550; Researcher ID: F-4213-2014; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009). Место работы и должность: медицинский психолог Психиатрического отделения №2 ГБУЗ «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева». Адрес: Россия, 129327, г. Москва, ул. Ленская, 15. Электронный адрес: ktchist@gmail.com

Ениколопов Сергей Николаевич – кандидат психологических наук, профессор (SPIN-код: 6911-9855; Researcher ID: C-2922-2016; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X). Место работы и должность: заведующий отделом клинической психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Адрес: Россия, 115522, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34. Электронный адрес: enikolopov@mail.ru

Information about the authors:

Ksenia A. Chistopolskaya (Researcher ID: F-4213-2014; ORCID iD: 0000-0003-2552-5009). Place of work and position: clinical psychologist Eramishantsev City Clinical Hospital. Address: Russia, 129327, Moscow, st. Lenskaya, 15. Email: ktchist@gmail.com

Sergey N. Enikolopov – PhD, Professor (Researcher ID: C-2922-2016; ORCID iD: 0000-0002-7899-424X). Place of work and position: head of clinical psychology Department Mental Health Research Centre. Address: Russia, 115522, Moscow, Kashirskoye highway, 34. Email: enikolopov@mail.ru

Несуицидальные самоповреждения и суицидальные мысли являются серьёзной медицинской проблемой, поскольку несут в себе риск суицида. Цель исследования: изучить психологические характеристики суицидальных пациентов в остром психологическом кризисе, имеющих или не имеющих опыт суицидальных попыток, практикующих или не практикующих несуйцидальные самоповреждения. Участники: В исследовании участвовали 146 пациентов, 105 женщин (72%) и 41 мужчина, возраст от 16 до 48 лет (средний – 23,1±5,9). 59 пациентов не практиковали несуйцидальные самоповреждения, у 87 такой опыт был. Попытки суицида совершали 73 человека (50%), из них 25 человек совершили несколько попыток. Методики: Опросники «Сочувствие к себе», «Будущее “я”», «Воспринимаемая социальная поддержка», «Опыт близких отношений», шкалы «Позитивного прошлого» и «Негативного прошлого» «Опросника временной перспективы Ф. Зимбардо», «Почти совершенная шкала», «Шкала безнадежности А. Бека», «Шкала душевной боли». Анализ данных производился в программе SPSS 20.0. Результаты: наиболее значимые различия были получены между людьми, практиковавшими и не практиковавшими несуйцидальные самоповреждения. Они различались между собой по шкалам: самокритики ($t(144) = -2,067$; $p = 0,041$), долгосрочного будущего ($t(144) = 3,228$; $p = 0,002$), позитивного прошлого ($t(144) = 2,407$; $p = 0,017$), безнадежности ($t(144) = -2,734$; $p = 0,007$) и дезадаптивного перфекционизма ($t(144) = -2,960$; $p = 0,004$). Бинарная логистическая регрессия показала наибольшую значимость переменной долгосрочного будущего (общая оценка модели $\chi^2(5) = 19,168$; $p = 0,002$; R^2 Нейджелкерка = 0,166). Кроме того, была значима модель, оценивающая вклад в самоповреждающее поведение восприятия поддержки значимого близкого и стратегии избегания в привязанности ($\chi^2(3) = 10,062$, $p = 0,018$, R^2 Нейджелкерка = 0,09). Для людей с суицидальными мыслями, совершавшими и не совершавшими суицидальные попытки, была значима модель, учитывавшая внимательность к своим чувствам и мысли о будущем ($\chi^2(2) = 13,208$; $p = 0,001$, R^2 Нейджелкерка = 0,115). Выводы: Для оценки остроты состояния суицидального пациента стоит учитывать его склонность к несуйцидальным самоповреждениям, так как этот показатель лучше дифференцирует пациентов по ряду психологических переменных. Кроме того, важным фактором тяжести состояния суицидальных пациентов является способность представлять своё долгосрочное будущее и склонность в целом задумываться о нём, а также способность балансировать свои эмоциональные состояния, внимательное и осознанное отношение к ним – эти качества помогают людям не переходить от суицидальных мыслей к действиям.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, суицидальный кризис, несуйцидальные самоповреждения, долгосрочное будущее, осознанность

Несуицидальные самоповреждения и суицидальные мысли являются серьёзной медицинской проблемой, поскольку несут в себе риск суицида [1, 2]. Их распространённость в популяции велика, но в последнее время, по данным зарубежных исследований, среди молодёжи возрастает [3]. При этом, если подростки чаще сообщают о суицидальных мыслях и чаще практикуют несуйцидальные самоповреждения, то смертей вследствие суицида больше в периоде средней зрелости [4]. Так, в недавнем крупном национальном исследовании в Шотландии, несуйцидальные самоповреждения преобладали среди людей 18-23 лет, а суицидальные попытки были больше распространены у людей 30-34 лет [5].

Несуйцидальные самоповреждения и их связь с суицидальным поведением.

Позиции исследователей по вопросу самоповреждений расходятся. Некоторые полагают, что суицидальное намерение представляет собой континуум, к тому же взгляд пациента и клинициста на событие может различаться, поэтому следует учитывать только факт нанесения человеком вреда самому себе [1]. Такие авторы, как правило, используют термин *self-harm*. Они предлагают модель айсберга для описания частоты встречаемости самоповреждений, указывая на огромную распространённость этого поведения в популяции, когда люди не обращаются за помощью к врачам, причём эта частота очень высока в раннем подростковом и юношеском возрасте [6]. Взгляд, отражённый в DSM-5, напротив, различает несуйцидальные самоповреждения (*non-suicidal self-injury / non-suicidal self-harm*) – намеренные акты, совершённые без расчёта на то, что они повлекут смерть, и собственно суицидальные попытки [7]. От суицидальных попыток несуйцидальные самоповреждения отличаются намерением, частотой и риском летальности [8].

Несуйцидальное самоповреждающее поведение (НСП) начинается в 13-15 лет или несколько ранее, его частота растёт до 25 лет, а затем идёт на спад, предположительно, уступая место более адаптивному поведению, или же, напротив, переходу в суицидальные попытки, влекущие смерть [5]. Данные по гендерным различиям противоречивы: часть исследователей пишет о преобладании НСП у девушек, часть сообщает о равной представленности обоих полов [9]. Есть данные о том, что девушки отличаются более ранним началом такого поведения [1, 6].

Метааналитический обзор научной литературы [9] свидетельствует, что НСП является сильным предиктором суицидальных мыслей и поведения, и этот эффект сохранялся при учёте как демографических, так и психологических показателей (депрессии, безнадёжности, семейного уклада, пограничного личностного расстройства, ПТС и злоупотреблений в детстве). В некоторых исследованиях частота НСП предсказывала бóльшую частоту суицидальных попыток. НСП пред-

Non-suicidal self-harm and suicidal thoughts are a major medical problem, as they are fraught with the suicide risk [1, 2]. Their incidence in population is high, and in the last years, according to the foreign research, is growing among youth [3]. Along with that, while adolescents more often report on suicidal thoughts and practice non-suicidal self-harm, there is a prevalence of suicide deaths in adults [4]. For example, in a large recent national research from Scotland, non-suicidal self-harm was prevalent among people aged 18-23, while suicide attempts were more common among adults 30-34 years of age [5].

Non-suicidal self-harm and its link to suicidal behavior

There are two major perspectives on the question of self-harm. Some believe that suicidal intent is a continuum, besides, a view on the situation by a patient and a clinician may differ, that's why we need to take into consideration only the fact that a person performed a destructive act on themselves [1]. Such authors generally use a term "self-harm", "non-fatal self-harm". They suggest the iceberg model to portray the frequency of such a behavior in a population, when people don't refer to medical services, and this frequency is very high in adolescent and young age [6]. The view of DSM-5, on the contrary, distinguishes non-suicidal self-harm (or "non-suicidal self-injury") – intentional acts, performed without expectation to entail death; and suicide attempts per se [7]. Non-suicidal self-harm differs from suicide attempts by intent, frequency and risk of lethality [8].

Non-suicidal self-harm (NSSH) manifests in the age of 13-15 or earlier, it's frequency grows till the age of 25, and then follows a decline, supposedly giving way to a more adaptive behavior, or, on the contrary, to suicide attempts, sometimes lethal [5]. The data on gender differences are contradictory: some researchers write about prevalence of NSSH in girls, some report on the equal representation of both genders [9]. There exists data that girls have an earlier manifestation of such a behavior [1, 6].

A metaanalytic review states that NSSH is a strong predictor of suicidal thoughts and behavior [9], and this effect remains even with the controlling of demographical and psychological variables (depression, hopelessness, family situation, borderline personality disorder, posttraumatic stress, abuse in childhood). In some studies the frequency of NSSH predicted higher frequency of suicide attempts. NSSH predicted future suicide attempts in 6 months period, while previous suicide at-

сказывала будущие суицидальные попытки спустя полгода, в то время как предыдущие суицидальные попытки не являлись значимым предиктором последующего суицидального поведения, а также само суицидальное поведение не предсказывало НСП [10, 11]. Как тяжёлое, так и умеренное НСП предсказывало суицидальное поведение, но тяжёлое НСП являлось более сильным предиктором [12].

Суицидальные пациенты с НСП предсказуемо демонстрировали бóльшую тяжесть психологического состояния, чем пациенты и респонденты из общей популяции с НСП и без суицидальных попыток: у них был выше уровень депрессии, безнадежности, импульсивности, ангедонии, негативной самооценки, они сообщали о меньшем количестве причин для жизни [9]. Они также отличались бóльшей дезадаптацией и нежеланием обращаться за помощью [13]. Пациенты с НСП и суицидальными попытками также были больше уверены в летальности своего метода, сообщали о бóльшей решимости и компетентности в исполнении суицидального намерения, демонстрировали повышенные показатели агрессивности, тревожности, безнадежности, нейротизма, одиночества, чаще сообщали о семейном конфликте и опыте физических наказаний; хотя были и исследования, которые не находили значимых различий между этими двумя выборками [9]. Тем не менее, есть данные, что люди с суицидальными попытками и без НСП отличаются бóльшей тяжестью симптоматики, чем люди с НСП и без суицидальных попыток [9]. Таким образом, есть указания на то, что люди, практикующие разнообразные формы самоповреждающего поведения, как суицидального, так и несуйцидального, являются более тяжёлой клинической группой, хотя люди с суицидальными попытками без НСП переживают бóльший психологический дистресс по сравнению с людьми только с НСП.

Существует несколько теорий, связывающих НСП и суицидальное поведение. Во-первых, это теория входа (*gateway theory*) [14, 15]. В ней предполагается, что самоповреждения – это континуум, который начинается с НСП и заканчивается суицидом, что подтверждается эмпирически: НСП предшествует суицидальным попыткам онтогенетически, лучше предсказывает суицидальные попытки, чем демографические, психопатологические и психологические переменные. Теория третьей переменной [16] предполагает, что существует латентная переменная, которая объясняет как НСП, так и суицидальные попытки, и этой переменной разные исследователи считают психиатрический диагноз, или психологический дистресс, или биологические факторы, например, ген, который отвечает за обратный захват серотонина. Теория приобретаемой способности к суициду Т. Joiner считает НСП подготовкой к суицидальным действиям [17]. Она отличается от теории входа тем, что рассматривает НСП лишь как одно из возможных действий, усиливающих способность к

tempts were not a significant predictor of future suicidal behavior; suicidal behavior also didn't predict NSSH [10, 11]. Both severe and moderate NSSH predicted suicidal behavior, but severe NSSH was a stronger predictor [12].

Predictably, suicidal patients with NSSH showed a more acute psychological state, than patients and respondents from the general population with NSSH and without suicide attempts: the former were higher on depression, hopelessness, impulsivity, anhedonia, negative self-esteem, they reported on a lesser reasons for living [9]. They also had a marked maladjustment and a reluctance to request help [13]. Patients with NSSH and suicide attempts also were more sure in lethality of their method, reported on a higher determination and competence to act on their suicidal intent, showed higher aggressiveness, anxiety, hopelessness, neuroticism, loneliness, more often reported on a family conflict and physical abuse; though still there were studies, that didn't find any significant differences between these two groups [9]. Nevertheless, there is data, that people with suicide attempts and without NSSH have a more severe psychopathology than people with NSSH without suicide attempts [9]. Thus, there is an indication, that people, who practice various forms of self-destructive behavior, both suicidal and not, constitute a more severe clinical group, though people with suicide attempts and without NSSH undergo a stronger psychological distress in comparison with those who self-harm, but are not suicidal.

There are several theories, which link NSSH with suicidal behavior. Firstly, there is a gateway theory [14, 15]. It suggests that self-harm is a continuum, which starts with NSSH and ends in suicide, which is confirmed empirically: NSSH precedes suicide attempts ontogenetically; it predicts suicide attempts better, than demographical, psychopathological and psychological variables. Secondly, the theory of a third variable [16] supposes, that there exists some latent variable, which explains both NSSH and suicide attempts, and some researchers think that this variable may be a psychiatric diagnosis, or psychological distress, or biological factors, for example, a gene accountable for the uptake of serotonin. Thirdly, the theory of acquired capability for suicide by T. Joiner views NSSH as a rehearsal of suicide [17]. It differs from the gateway theory, as it views NSSH as only one of the many possible actions, which heighten the capability for suicide. The author also doesn't believe that NSSH is enough for exhibiting suicidal

суициду. Автор также не считает, что НСП достаточно для появления суицидального поведения: для этого необходимы ещё такие факторы как ощущение себя обузой и социальная изоляция. С. Hamza и коллеги интегрировали все перечисленные модели в одну, предположив, что все перечисленные факторы вносят вклад в суицидальное поведение [9].

Психологические компоненты НСП.

Кроме того, существует ряд моделей эмоциональной регуляции, объясняющих НСП. Отдельные исследователи применяют к НСП процессуальную модель эмоциональной регуляции [18], в которой выделяется два типа стратегии регуляции эмоций: одна начинает действовать до того, как эмоция возникает и воспринимается (эмоциональная переоценка), а другая – уже после (подавление эмоций). Было показано, что преобладание стратегии подавления эмоций повышает интенсивность негативных переживаний и способствует НСП, а обучение эмоциональной переоценке, напротив, снижает такое поведение [19]. Последователи модели трудностей эмоциональной регуляции [20] утверждают, что люди с НСП меньше склонны осознавать и принимать свои эмоции, что косвенно подтверждается нехваткой внимательности (осознанности, *mindfulness*) у людей с НСП [21]. Модель избегания переживаний (*Experiential Avoidance Model*) [22] утверждает, что некоторые люди проявляют тенденцию к избеганию переживаний и вовлекаются в соответствующие действия (злоупотребление алкоголем, подавление мыслей), и это особенно ярко проявляется при НСП. Модель эмоционального каскада неуправляемого поведения Т. Joiner [23] основывается на работах М. Linehan [24] о людях с пограничным расстройством личности. По мнению авторов, злоупотребление ПАВ, нарушения питания и НСП отвлекают от негативных переживаний и запускают цикл «эмоциональных каскадов». Все начинается с эмоциональных стимулов, которые усиливаются циклом руминаций – повторяющихся мыслей о причинах, ситуационных факторах и последствиях негативного эмоционального опыта. Кроме того, недавно была предложена когнитивно-эмоциональная модель НСП, интегрирующая вышеперечисленные модели [25]. В ней утверждается, что люди со склонностью к эмоциональной реактивности, негативными схемами «я», ожиданиями, что НСП поможет им достичь желаемого эмоционального состояния и убеждённости в своей способности к НСП, а также со слабыми способностями к регуляции эмоций, более склонны к такому поведению.

Исследования мотивов НСП у канадских подростков в неклинической выборке показало, что они различны у мальчиков и девочек 13-18 лет [26]: девочки чаще сообщали о чувстве отчаяния вследствие интрапунитивных факторов (ненависти к себе, самонаказания, подавленности, одиночества, деперсонализации), в то время как мальчики чаще действовали для взаимодействия с другими, чтобы повлиять на кого-то, или из

behavior: for that also such factors as perceived burdensomeness and social isolation are necessary. С. Hamza and colleagues integrated the aforementioned models into one; they suppose that all these factors make input into suicidal behavior [9].

Psychological components of NSSH

Besides there is a number of models of emotional regulation, which explain NSSH. Some researchers apply to NSSH a process model of emotional regulation [18], in which two strategies of emotional regulation are distinguished: one initiates before an emotion is perceived (cognitive reappraisal), and the second starts working after that (expressive suppression). It was shown that the prevalence of emotional suppression heightens the intensity of negative feelings and brings forth NSSH, while the skills of emotional reappraisal, on the contrary, lessen such a behavior [19]. The followers of the model of difficulties in emotion regulation [20] state that people with NSSH are less inclined to bring into awareness and accept their emotions, which is indirectly supported by the fact that people with NSSH lack *mindfulness* [21]. The experiential avoidance model suggests that some people tend to avoid their feelings and get involved into certain activities (alcohol abuse, thought suppression), which is most broadly seen in NSSH. The emotional cascade model for dysregulated behaviors is based on works by М. Linehan [24] about people with borderline personality disorder. According to the authors, substance abuse, eating disorderly and NSSH distract from negative feelings and start a cycle of “emotional cascades”. It starts with some unpleasant emotional stimuli, which are strengthened by ruminations. Besides, recently a new cognitive-emotional model of NSSH was proposed, which integrates the previous ones [25]. It states that people with the propensity to emotional reactivity, negative self-schemas, expectations that NSSH will help them to achieve the desired emotional state and a belief in their ability to self-harm, as well as with weak abilities to emotion regulation, are more susceptible to such a behavior.

The study of the motives for NSSH in Canadian adolescents in a non-clinical sample showed that they are different in boys and girls 13-18 years of age [26]: girls more often reported on the feelings of despair due to intrapunitive factors (self-hate, self-punishment, depression, loneliness, depersonalization), while boys more often acted, because they wanted to interact with others, to influence someone, or out of boredom. Girls more often self-harmed, while they were

скуки. Девочки чаще наносили себе повреждения, когда были одни, а мальчики – со сверстниками, в качестве «проверки силы воли». Учёные отмечают, что их исследование не поддерживает убеждение, будто НСП по своей сути манипулятивно и производится для привлечения внимания. Они придерживаются версии, что самоповреждение несёт в себе функцию регуляции эмоций, хоть оно и неадаптивно, поскольку после акта подростки склонны испытывать вину, стыд и отвращение. Трудности регуляции эмоций при НСП подтверждаются и на российской выборке [27, 28].

Тем не менее, ряд исследований отмечает важность социального мотива в НСП, особенно в запуске такого типа поведения [29]: молодые люди отмечали, что злились на кого-то или хотели, чтобы кто-то заметил их дистресс. Другие авторы отмечают дефицит межличностных навыков [30] и трудности в разрешении социальных проблем [31]. О межличностных трудностях сообщает и недавнее дневниковое исследование [32]: группа с НСП меньше общалась с родственниками и друзьями, ощущала меньше поддержки от них после взаимодействия с ними. Эти различия объяснялись базовым уровнем социальной тревожности и меньшим использованием поддержки для совладания со стрессом. Люди с НСП были более склонны полагаться на внутриличностные, чем на межличностные копинг-стратегии. Однако они имели больший контакт с романтическими партнерами, не различались от контрольной группы по восприятию поддержки в романтических отношениях. И чем больше социальной тревожности и избегания ровесников проявляли молодые люди с НСП, тем больше они полагались на романтических партнеров для поддержки и подтверждения чувств партнера. Исследователи воспринимают это как тревожный факт: такое поведение (reassurance seeking, требование подтверждения чувств) может перегружать отношения и плохо влиять на них в долгосрочной перспективе.

Суицидальные мысли и переход к суицидальным попыткам.

Существует несколько моделей суицидального поведения, объясняющих переход от мыслей к действиям [17, 33, 34]. R. O'Connor в своей модели диатез-стресса полагает, что к мыслям о самоубийстве человека приводит сочетание средовых факторов и индивидуальной ранимости, а переход от мыслей к действиям осуществляется через волевую фазу [33]. В частности, последнее исследование подтвердило способность волевых факторов (готовность к суициду, суицид близких и импульсивность) различать людей, которые только думают о самоубийстве, от тех, кто совершал суицидальные попытки, в то время как различные мотивационные факторы отличали суицидальных людей в целом от контрольной группы и не дифференцировали их между собой [35]. T. Joiner пишет об ощущении себя обузой и нарушенном чувстве принадлежности, которые явля-

alone, and boys did this while they were with peers, as a “test of will”. The authors state that their study does not support the belief that NSSH is manipulative in its core and is performed to attract attention. They stick to the version that self-harm has a function of emotion regulation, though it is non-adaptive, as after the act adolescents feel guilt, shame and disgust. The difficulties in emotion regulation in NSSH are supported on a Russian sample as well [27, 28].

Nevertheless, some researchers note the importance of the social motive in NSSH, especially at the initiation of such a behavior [29]: young people admitted that they were angry at someone or wanted someone to see their distress. Other authors note a deficit in interpersonal skills [30] and difficulties in social problems resolution [31]. A recent diary study also reports on interpersonal difficulties: the group with NSSH had fewer interactions with relatives and friends, perceived less support from them after interactions. These differences were explained by a baseline level of social anxiety and a lesser usage of support for coping with stress. People with NSSH were more inclined to rely on intrapersonal, than on interpersonal coping-strategies. But they contacted their romantic partners more and were not different from the control group on perceived support in romantic relationships. The more social anxiety and avoidance of peers showed young people with NSSH, the more they relied on romantic partners on support and reassurance seeking. The researchers see it as an alarming fact: such a behavior (reassurance seeking) may overload the relationships and have a bad influence in a long-term perspective.

Suicidal thoughts and transition to suicide attempts

There are several models of suicidal behavior that explain the transition from thoughts to actions [17, 33, 34]. R. O'Connor in his diathesis-stress model suggests that thoughts about suicide are triggered by the combination of environmental factors and individual vulnerability, and a transition from thoughts to actions is performed through the volitional phase [33]. Specifically, a recent study supported the ability of volitional factors (capability for suicide, suicide of a close other and impulsivity) to distinguish people, which think of suicide, from those who had suicide attempts, while different motivational factors differentiated suicidal people from the control group, but didn't differentiate the subgroups of ideators and attempters [35]. T. Joiner writes about the perceived burdensomeness and

ются ключевыми факторами возникновения суицидальных мыслей, а переход к попыткам осуществляется через приобретаемую готовность к суициду [17]. D. Klonsky основными переживаниями, способствующими развитию суицидальных мыслей, считает душевную боль и безнадежность, а переход, по его мнению, опять-таки осуществляется через готовность к суициду (врожденную и / или приобретенную) [34].

Цели и гипотезы исследования.

Хотя зарубежные работы сообщают о важности различия мотивационных и волевых факторов, в предыдущем исследовании мы обнаружили, что пациенты в остром постсуициде с отказом, одной и несколькими попытками различались именно по психологическим характеристикам [36]. Мы поставили перед собой цель исследовать психологические характеристики суицидальных пациентов в остром психологическом кризисе, думающих о суициде, имеющих опыт суицидальных попыток, в том числе недавний (в течение последнего месяца), практикующих и не практикующих НСП.

В качестве переменных для сравнения мы выбрали психологические характеристики, которые заявили себя как значимые факторы в развитии суицидального поведения: сочувствие к себе [37], перфекционизм [38], ощущаемая социальная поддержка [39], безнадежность и душевная боль [34, 40]. Мы также включили в блок методик опросники, исследующие временную перспективу прошлого и будущего, а также стили привязанности, поскольку в предыдущем исследовании они рекомендовали себя как важные переменные [36].

Мы предположили, что, поскольку все пациенты находятся в остром суицидальном кризисе, они будут больше различаться по склонности к НСП, чем по непосредственно суицидальному опыту. Гипотеза заключалась в том, что тяжесть психологического состояния будет усиливаться при наличии суицидальных попыток и несуйцидальных самоповреждений.

Материалы и методы.

Характеристика выборки. В исследовании участвовали 146 пациентов Кризисного суицидологического стационара, у которых наблюдались суицидальные мысли или попытки суицида. Исследование было добровольным. Оно являлось частью диагностического процесса и психологического консультирования при лечении, однако пациенты могли отказаться и 6 человек это сделали – они не вошли в окончательную выборку. Пациентам давалась обратная связь о результатах обследования.

Было опрошено 105 женщин (71,9%) и 41 мужчина (28,1%), возраст от 16 до 48 лет (средний – 23,1±5,9). Хотя мы решили не ограничиваться периодом до 30 лет, и опрашивать и пациентов до 50 лет, первых оказалось большинство – n=131 (90%). Половина – 54,8% (n=80) человек не имели пары на момент обследования, 45,2% (n=66) – встречались, жили с партнером или со-

thwarted belongingness, which are the key factors of triggering suicidal thought, while the transition to attempts is performed through the acquired capability for suicide [17]. D. Klonsky believes that the main feelings, which contribute to suicidal thoughts, are psychache and hopelessness, and the transition is realized through the capability for suicide (which may be inborn or acquired) [34].

The aim and the hypotheses of the present study

Though the foreign authors assert the importance of differentiating motivational and volitional factors, in a previous study we found that patients in an acute postsuicide with denial, one and several attempts differed in psychological characteristics [36]. In the present research we set a goal to study psychological characteristics of suicidal patients in an acute psychological crisis, who think of suicide, have an experience of suicide attempts, including a recent one (during the last month), who practice and do not practice NSSH.

We chose following psychological characteristics as the variables, which proved themselves as significant factors in development of suicidal behavior: self-compassion [37], perfectionism [38], perceived social support [39], psychache and hopelessness [34; 40]. We also included the questionnaires on past and future time-perspectives, as well as attachment styles, as in the previous study they proved to be the important variables [36].

We supposed that, as all the patients were in the acute suicidal crisis, they would be differing more on their inclinations to NSSH, than on their suicidal experience. The hypothesis was that the severity of the psychological state would be heightening with the presence of suicide attempts and NSSH.

Materials and methods

Characteristics of the sample

One hundred forty six patients of the Crisis Suicidology Department, who had suicidal thoughts or suicide attempts, participated in the study. The participation was voluntary, and though it was part of diagnostic and psychological consultation during the treatment, patients were free to refuse the assessment and 6 people did this, they are not included in the final sample. Patients received the feedback on the results of their individual assessment.

One hundred five women (72%) and 41 men were studied, their age was 16-48 (mean age 23.1±5.9). Though we decided not to limit to the period of 30 years of age and recruit people including the age of 50, the young ones constituted the majority – 131 people (90%). Eighty people didn't have a couple at the time

стояли в браке. 17,1% (n=25) человек имели среднее школьное образование, ещё 17,1% (n=25) – среднее специальное, 65,8% (n=96) – высшее или неоконченное высшее. Работали или учились, включая академический отпуск 66,4% человек (n=97). У 15,7% пациентов (n=23) была диагностирована непатологическая ситуационная реакция, у 8,9% (n=13) – расстройство шизофренического спектра (шизоаффективное или шизотипическое расстройство), у 32,9% (n=48) – расстройство личности (преимущественно эмоционально неустойчивое расстройство, импульсивный или пограничный тип), у 42,5% (n=62) – аффективное расстройство (тревожное или депрессивное, а также биполярное расстройство).

У большей части – 59,6% (n=87) пациентов был опыт несуйцидальных самоповреждений, 40,4% (n=59) его не имели. Пациенты чаще всего прибегали к самопорезам, реже сообщали об ожогах и нанесении себе ушибов, царапин, укусов и препятствии заживлению ран. НСП часто воспринималось пациентами как замена суйцидального поступка, нанесение себе более лёгкого повреждения, чтобы снять напряжение из-за желания убить себя.

24% (n=35) человек признавали, что злоупотребляют алкоголем, 16,4% (n=24) – наркотиками. Попытки суйцида совершали 73 человека (50%), из них 25 человек совершили несколько попыток. Каждый четвёртый (n=35) находился в остром постсуйциде (месяц после попытки самоубийства).

Методики (в порядке предъявления):

1. Опросник «Сочувствие к себе» (Self-Compassion Scale) [41, адаптация 42]. Опросник состоит из 6 шкал, 26 пунктов, оцениваемых по шкале Ликерта от 1 (почти никогда) до 5 (почти всегда), которые озаглавлены «Как я отношусь к себе в трудные времена». Шкалы: доброта к себе («Я стараюсь относиться к себе с любовью, когда испытываю душевную боль»), самокритика («Я не одобряю и осуждаю свои недостатки и промахи»), общность с человечеством («Когда дела идут плохо, я рассматриваю трудности как часть жизни, через которую проходят все»), самоизоляция («Когда я думаю о своих промахах, я чувствую себя отделённым, отрезанным от остального мира»), внимательность («Когда меня что-то огорчает, я стараюсь уравновешивать свои эмоции»), чрезмерная идентификация («Когда меня что-то огорчает, чувства захлестывают меня»). Нами был проведён подтверждающий факторный анализ опросника на материале выборки нормы (n=498), и структура опросника была подтверждена ($\chi^2(184) = 452,074$; CFI=0,956; TLI=0,923; RMSEA=0,055 (0,048; 0,061), SRMR=0,028). Мы анализировали результаты как по отдельным шкалам, так и по сводному баллу сочувствия к себе.

2. Шкала «Будущего я» [модифицированная методика 43, адаптация 42] состоит из 4 пунктов с 3 подпунктами каждый (как я вижу себя спустя неделю, ме-

of the interview, 66 people dated, lived with a partner or were married. Twenty five people had secondary education, 25 studied in a technical college and 96 received a higher education or graduated from a university. Ninety seven people (66.4%) were studying or working. Twenty three people were diagnosed with a nonpathological situational reaction, 13 people – with a schizophrenia spectrum disorder (schizoaffective or schizotypal disorder), 48 people – personality disorder (mostly emotionally unstable disorder, impulsive or borderline type), 62 people had affective disorder (anxiety, or depressive, or bipolar disorder).

Fifty nine patients didn't practice NSSH, 87 people had such an experience. Patients mostly practiced cuts, more rarely burns, bites, beats, scratches and hindrance to wound healings. NSSH was often perceived by patients as a substitution of suicide attempts, as a lesser self-harm, to relieve tension that motivated them to kill themselves.

Thirty five people admitted alcohol abuse, 24 admitted drug abuse. Suicide attempts performed 73 people (50%), 25 of them had several attempts. Thirty five people were in acute postsuicide (a month or less after the suicide attempt).

Questionnaires (in order of presentation):

1. Self-Compassion Scale [41, adaptation 42]. The questionnaire consists of 6 Likert-scales from 1 (almost never) to 5 (almost always), 26 items with a heading “How I typically act towards myself in difficult times”. Scales are following: self-kindness (“I try to be loving towards myself when I'm feeling emotional pain”), self-criticism (“I'm disapproving and judgmental about my own flaws and inadequacies”), common humanity (“When things are going badly for me, I see the difficulties as part of life that everyone goes through”), isolation (“When I fail at something that's important to me, I tend to feel alone in my failure”), mindfulness (“When something upsets me I try to keep my emotions in balance”), and over-identification (“When something painful happens I tend to blow the incident out of proportion”). We performed confirmatory factor analysis of the scale on a student sample (n=498), and the structure of it was confirmed ($\chi^2(184) = 452,074$; CFI=0,956; TLI=0,923; RMSEA=0,055 (0,048; 0,061), SRMR=0,028). We analyzed the results of the subscales and the combined score of self-compassion.

2. Future Self Scale [modified questionnaire 43; adaptation 42] consists of 4 items with 3 subitems each (how I see myself in a

сяц, год), оцениваемых по шкале Ликерта от 1 до 9, ответы делятся на 3 шкалы: способность представлять своё краткосрочное будущее (неделя и месяц), долгосрочное будущее (год) и склонность думать о будущем в целом (что будет через неделю, месяц и год).

3. Многомерная шкала восприятия социальной поддержки (Multidimensional Scale of Perceived Social Support), [44, адаптация 45]. Шкала содержит 12 утверждений и оценивает восприятие наличия и эффективности социальной поддержки по 3 шкалам: поддержка семьи, друзей, значимого близкого. Пункты оцениваются по шкале Ликерта от 1 (совершенно не согласен) до 7 (полностью согласен).

4. Краткая версия «Переработанного опросника – Опыт близких отношений» (Experience in Close Relationships – Revised) [46, адаптация 47]. Опросник состоит из 14 утверждений, 2 шкал: тревожность и избегание, и оценивает преобладание данных переживаний в близких отношениях (с любимым человеком или близким другом), пункты оцениваются по шкале Ликерта от 1 (совершенно неверно) до 7 (совершенно верно). Примеры утверждений для шкалы «Тревожность»: «Мои отношения с любимым человеком часто дают мне повод сомневаться в себе», для шкалы «Избегание»: «Я предпочитаю не слишком доверять любимым людям».

5. Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо (Zimbardo Time Perspective Inventory), [48 адаптация 49], шкалы позитивного (9 пунктов, пример утверждения «Знакомые с детства картины, звуки, запахи часто приносят с собой поток замечательных воспоминаний») и негативного прошлого (11 пунктов, пример «Я часто думаю о том, что должен был сделать в своей жизни иначе»), которые оценивались по шкале Ликерта от 1 (совершенно неверно) до 5 (совершенно верно).

6. «Почти совершенная шкала» (Almost Perfect Scale) [50, адаптация 51], короткий вариант. Состоит из 36 пунктов и 2 шкал: адаптивный («Я организованный человек») и дезадаптивный перфекционизм («То, что я делаю очень хорошо, никогда не кажется мне достаточно совершенным»); пункты оцениваются по шкале Ликерта от -3 (совершенно неверно) до 3 (совершенно верно).

7. Шкала безнадежности А. Бека (Beck Hopelessness Scale), [52, адаптация 53], состоит из 20 утверждений, которые отражают отношение респондентов к своему будущему, формирующееся на основе их настоящего и прошлого опыта. Возможны ответы нет; скорее нет, чем да; скорее да, чем нет; да, которые затем переводятся в четырехбалльную шкалу Ликерта.

8. Шкала душевной боли (The Psychache Scale) [54, адаптация 55]. Шкала разработана на основе концепции душевной боли Э. Шнейдмана [56]. Опросник содержит 13 утверждений, 9 оценивают наличие и характеристику душевной боли («У меня щемит внутри»), а 4 – её интенсивность («Я не могу больше терпеть эту

week time, in a month, in a year), evaluated on a Likert-scale from 1 to 9, and the answers are aggregated into 3 scales: ability to envision one's short-term future (week and month), long-term future (a year) and a tendency to think about the future (what will happen with me in a week, a month, a year).

3. Multidimensional Scale of Perceived Social Support [44; adaptation 45]. The scale consists of 12 statements and assesses perception of presence and effectiveness of social support according to 3 scales: support by family, by friends, by a significant other. The items were estimated on a Likert-scale from 1 (absolutely disagree) to 7 (absolutely agree).

4. A short version of Experience in Close Relationships – Revised [46; adaptation 47]. The questionnaire consists of 14 statements, 2 scales: anxiety and avoidance; and it measures the prevalence of these experiences in close relationships (with a romantic partner or a friend), with a Likert-scale from 1 (absolutely disagree) to 7 (absolutely agree). Examples of items for Anxiety scale: “My romantic partner makes me doubt myself”, for Avoidance scale: “I prefer not to be too close to romantic partners”.

5. Zimbardo Time Perspective Inventory [48; adaptation 49], scales of Past Positive (9 items, example: “Familiar childhood sights, sounds, smells often bring back a flood of wonderful memories”) and Past Negative, 11 items, example: “I often think of what I should have done differently in my life”), which were estimated on a Likert-scale from 1 (absolutely disagree) to 5 (absolutely agree).

6. Slaney's Almost Perfect Scale [50; adaptation 51], short form. It consists of 36 items, 2 scales: adaptive (“I am an organized person”) and maladaptive perfectionism (“I am never satisfied even when I know I have done my best”); items are estimated on a Likert-scale from -3 (absolutely disagree) to 3 (absolutely agree).

7. Beck Hopelessness Scale [52; adaptation 53], consists of 20 items, which reflect respondents' attitude toward their future, which is formed on the basis of their present and past experiences. Possible answers are: no; more likely no, than yes; more likely yes, than no; yes; which are converted to a 4-point Likert-scale.

8. The Psychache Scale [54; adaptation 55]. The scale was developed on the basis of E. Schneidman's concept of psychache [56]. The questionnaire has 13 items, 9 of them assess the presence and characteristics of the psychache (“I seem to ache inside”) and 4 of them assess its intensity (“I can't take my pain anymore”). The items are estimated on a 5-

боль»). Оценивание происходит по пятибалльной шкале Ликерта: чем выше балл, тем сильнее душевная боль.

9. Кроме того, после заполнения опросников, клиницист заполнял индивидуальную анкету на каждого пациента, уточняя его семейный статус, образование, занятость, аддикции (алкогольную и наркотическую), склонность к самоповреждениям, наличие суицидальных попыток и их количество, а также время последней попытки.

Обработка результатов.

Анализ данных производился в программе SPSS 20.0 с использованием критерия согласия Пирсона, t-критерия Стьюдента для независимых выборок, d Коэна, однофакторного анализа ANOVA с post hoc анализом Геймса-Хоуэлла и бинарной логистической регрессии.

Результаты исследования.

1. Анализ демографических характеристик выборки.

Значимые взаимодействия между демографическими переменными показаны в таблицах 1-3. Как видно из Табл. 1, люди с несуицидальными самоповреждениями отличались более молодым возрастом: пик приходился на 21-25 лет, 70,4%, и частота резко падала после 30 лет (31 год и выше – 20% с самоповреждениями), в юношеском возрасте их распространённость также велика, 58,9%. Этот тип поведения мужчины практиковали реже (56,1% мужчин и только 34,3% женщин не осуществляли НСП), НСП превалировал у людей с личностными расстройствами (79,2%), меньше всего их наблюдалось у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (38,5%).

point Likert-scale: the higher the value, the stronger the psychache.

9. Besides, after filling out the questionnaires, the clinician completed the individual checklist for each patient, asking them about their family status, education, employment, addictions (alcohol and drugs), whether they practice NSSH, whether they had suicide attempts and how many, as well as the time of the last attempt.

Processing of the results

The data analysis was performed in SPSS 20.0. Chi-squared test was used, as well as Student t-test for independent samples, Cohen's d, one-factor ANOVA, Games-Howell post hoc analysis, and binary logistic regression.

Results

1. Analysis of the demographic characteristics of the sample

Significant interactions between the demographic variables are shown in the Tables 1-3. As can be seen from the Table 1, people with NSSH were younger (the peak for them is 21-25 years of age, 70.4% with NSSH, and after 30 years NSSH becomes much less wide-spread (31 years and older – 20% with NSSH), in the adolescence its prevalence is also high, 58.9%. Such type of behavior was less frequent in males (56.1% of males and only 34.3% of females didn't practice NSSH). NSSH was prevalent in people with personality disorders (79.2%), the least was observed in patients with schizophrenia spectrum disorders (38.5%).

Таблица 1 / Table 1

Таблицы сопряженности для людей с несуицидальными самоповреждениями и без них

Cross-tables for people with and without NSSH

Признак Parameter	Без НС Without NSSH (n=59, %)		НС With NSSH (n=87, %)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Диагноз / <i>Diagnosis:</i>					12,213	0,007
Ситуационная непатологическая реакция <i>Situational nonpatological reaction</i>	11	47,8	12	52,2		
Расстройства шизофренического спектра <i>Schizophrenia spectrum disorder</i>	8	61,5	5	38,5		
Личностные расстройства <i>Personality disorders</i>	10	20,8	38	79,2		
Аффективные расстройства <i>Affective disorders</i>	30	48,4	32	51,6		
Пол / <i>Gender:</i>					5,826	0,016
Женщины / <i>Females</i>	36	34,3	69	65,7		
Мужчины / <i>Males</i>	23	56,1	18	43,9		
Возраст / <i>Age:</i>					12,426	0,006
До 20 лет / <i>20 years and less</i>	23	41,1	33	58,9		
21-25 лет / <i>21-25 y.a.</i>	16	29,6	38	70,4		
26-30 лет / <i>26-30 y.a.</i>	8	38,1	13	61,9		
31 год и старше / <i>31 and older</i>	12	80,0	3	20,0		

НС – несуицидальные самоповреждения / NSSH – non-suicidal self-harm

Таблица 2 / Table 2

Прочие значимые взаимодействия переменной возраста
Other significant interactions of the age variable

Признак Parameter	До 20 лет < 20 years n=56		От 21 до 25 21-25 y.a. n=54		От 26 до 30 26-30 y.a. n=21		Старше 31 31 and > n=15		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Наличие партнера / Romantic partner									8,041	0,045
Нет / Absent	37	66,1	30	55,6	8	38,1	5	33,3		
Есть / Present	19	33,9	24	44,4	13	61,9	10	66,7		
Образование / Education									12,207	0,058
Среднее / Secondary	16	28,6	8	14,8	1	4,8	0	0		
Среднее специальное / College	10	17,9	10	18,5	3	14,3	2	13,3		
Высшее и неоконченное высшее / University	30	53,6	36	66,7	17	81,0	13	86,7		
Занятость / Employment									8,083	0,044
Нет / Absent	11	19,6	22	40,7	9	42,9	7	46,7		
Есть / Present	45	80,4	32	59,3	12	57,1	8	53,3		

Кроме того, было показано (Табл. 2), что до 20 лет опрошенные реже находились в близких отношениях (66,1% без пары), чаще партнер был у людей в возрасте 26-30 и старше 31 года (61,9% и 66,7%, соответственно). Работали или учились чаще люди младшего возраста (80,4%).

Погранично значимо было взаимодействие переменных возраста и образования: людей с высшим образованием было больше в возрасте от 26 до 30 и старше 31 года (81% и 86,7%, соответственно). То есть в целом пациенты позже находили себе романтического партнера, однако чаще оказывались социально не занятыми в зрелом возрасте.

Люди с высшим образованием чаще были заняты – работали или учились (Табл. 3).

Никаких значимых взаимодействий демографических переменных с наличием или отсутствием суицидальных попыток не наблюдалось (анализ проводился для дихотомической переменной – есть / нет попыток, и для деления на мысли, 1 попытку и несколько).

Besides, it was shown (Table 2) that patients who were less than 20 years, more often didn't have a partner (66.1% without a partner), while people aged 26-30 and 31 and older more often had a romantic partner (61.9% and 66.7, correspondingly). Studied or employed were younger people (80.4%). The interaction between age and education was close to significant: there were more people with higher education aged 26-30 and 31 and older (81% and 86.7%, correspondingly). Thus, in the whole, patients tended to find a romantic partner later in life, but they were more often unemployed in adulthood.

People with higher education (university) were more often socially employed (either studied or worked, Table 3).

No significant interactions of the demographic variables with presence or absence of suicide attempts were found (the analysis was performed for dichotomous variable: absence / presence of an attempt; and for subgroups with suicidal thoughts, 1 attempt and several attempts).

Таблица 3 / Table 3

Таблица сопряженности образования и занятости
Cross-table for education and employment

Признак Parameter	Не работает и не учится Doesn't study or work n=49		Работает или учится Works or studies n=97		χ^2	p
	n	%	n	%		
Образование / Education					6,083	0,048
Среднее / Secondary	10	40,0	15	60,0		
Среднее специальное / College	13	52,0	12	48,0		
Высшее и неоконченное высшее University	26	27,1	70	72,9		

Таблица 4 / Table 4

Сравнение суицидальных пациентов с несуйцидальными самоповреждениями и без них, t-тест для независимых выборок / Comparison of suicidal patients with and without NSSH, t-test for independent samples

Переменная Variable	Без НСП Without NSSH (n=59)	НСП With NSSH (n=87)	t(144)	p	CI	d
Доброта к себе / Self-kindness	2,15(±0,79)	1,99(±0,77)	1,181	нз / ns		
Самокритика / Self-criticism	3,82(±0,75)	4,07(±0,71)	-2,067	0,041	(-0,49; -0,01)	0,34
Общность / Common humatity	2,31(±0,70)	2,20(±0,79)	0,857	нз / ns		
Изоляция / Isolation	3,79(±0,90)	3,97(±0,71)	-1,305	нз / ns		
Внимательность Mindfulness	2,61(±0,78)	2,63(±0,86)	-0,187	нз / ns		
Чрезмерная идентификация Over-identification	4,23(±0,71)	4,31(±0,67)	-0,641	нз / ns		
Сочувствие к себе Self-compassion	2,20(±0,45)	2,07(±0,50)	1,606	нз / ns		
Краткосрочное будущее Short-term future	5,96(±1,77)	5,51(±1,96)	1,383	нз / ns		
Долгосрочное будущее Long-term future	5,14(±2,14)	4,06(±1,83)	3,228	0,002	(0,42; 1,73)	0,54
Мысли о будущем Future thoughts	5,50(±2,51)	4,78(±2,51)	1,700	нз / ns		
Негативное прошлое Past Negative	3,63(±0,71)	3,65(±0,61)	-0,156	нз / ns		
Позитивное прошлое Past Positive	3,14(±0,77)	2,81(±0,85)	2,407	0,017	(0,06; 0,60)	0,41
Безнадежность Hopelessness	2,36(±0,54)	2,62(±0,59)	-2,734	0,007	(-0,45; -0,07)	0,46
Душевная боль Psychache	3,45(±0,77)	3,68(±0,79)	-1,765	нз / ns		
Поддержка семьи Family support	4,11(±1,86)	4,05(±1,65)	0,823	нз / ns		
Поддержка друзей Friends support	4,02(±2,05)	4,33(±2,15)	-0,881	нз / ns		
Поддержка значимого близкого Support of significant other	4,44(±1,91)	5,02(±1,68)	-1,867	0,065		
Тревожность / Anxiety	4,14(±1,25)	4,45(±1,49)	-1,318	нз / ns		
Избегание / Avoidance	3,06(±1,22)	3,40(±1,44)	-1,513	нз / ns		
Дезадаптивный перфекционизм Maladaptive perfectionism	5,14(±0,98)	5,61(±0,92)	-2,960	0,004	(-0,78; -0,16)	0,49
Адаптивный перфекционизм Adaptive perfectionism	4,88(±1,31)	4,72(+1,12)	0,795	нз / ns		

2. Анализ психологических различий у суицидальных пациентов с несуйцидальными самоповреждениями и без них.

Как видно из Табл. 4, наблюдались значимые различия между людьми с и без НСП: пациенты, склонные к самоповреждениям, отличались повышенным дезадаптивным перфекционизмом, большей безнадежностью, меньшей склонностью оценивать свое прошлое позитивно и использовать его как ресурс, они хуже представляли свое долгосрочное будущее и были более

2. Analysis of psychological differences in suicidal patients with and without NSSH.

As can be seen from the Table 4, significant differences were observed between people with and without NSSH: patients, prone to NSSH, reported more maladaptive perfectionism, more hopelessness, less tendency to view their past positively and use it as a resource, they were less able to envision their long-term future and more prone to self-criticism. The

склонны к самокритике. Различия были значимы на среднем уровне.

3. *Выделение наиболее значимых переменных, предсказывающих попадание в группу с несуицидальными самоповреждениями.*

При форсированном введении в уравнение всех значимых переменных, выделенных с помощью анализа независимых выборок, значимой переменной осталась только способность пациентов представлять своё долгосрочное будущее ($B = -0,195$, S.E. = $0,099$, Вальда $\chi^2(1)=3,886$, $p=0,049$, Exp(B)= $0,822$ ($0,677$; $0,999$); тест Хосмера-Лемешова $\chi^2(8)=10,194$, $p=0,252$; общая оценка модели $\chi^2(5)=19,168$, $p=0,002$; R^2 Нейджелкерка = $0,166$). Сензитивность данной модели оказалась равна $80,5\%$, однако специфичность была невелика – $40,7\%$; общая точность отнесения пациентов к верным группам на основе данных переменных составила $64,4\%$.

Мы также решили проверить переменные, касающиеся близкого общения (поддержка значимого близкого и стили привязанности, Табл. 5), поскольку они были погранично значимы при проведении t-теста, а также выделялись в качестве значимых переменных в некоторых исследованиях [32].

Сензитивность модели составила $86,2\%$, однако специфичность опять была невелика – $27,1\%$, общая точность – $62,3\%$. Это значит, что хотя большинство пациентов с самоповреждениями были склонны к избегающему стилю привязанности и наличию особого значимого человека в их жизни, в значительной степени такой паттерн отношений наблюдался и у других суицидальных пациентов без самоповреждений.

4. *Анализ психологических различий пациентов с суицидальными мыслями, одной и несколькими попытками.*

Как видно из Табл. 6, различить по психологическим характеристикам людей с суицидальными мыслями и попытками оказалось гораздо сложнее. Тем не менее, они различались по выраженности такой важной характеристики, как внимательность к своим эмоциональным состояниям (осознанность): способность балансировать свои переживания и склонность рассматривать свои чувства и ситуацию с любопытством и непредвзятостью оказалась ключевым фактором.

differences were significant on a medium level.

3. *A search for most significant variables to predict NSSH in patients with suicidal thoughts.*

With the forced entry of all the significant variables into the equation, which were found with the t-test for independent samples, the only significant variable left was the ability of patients to envision their long-term future ($B = -0,195$, S.E. = $0,099$, Wald's $\chi^2(1)=3.886$, $p = .049$, Exp(B) = $.822$ ($.677$; $.999$); Hosmer-Lemeshov $\chi^2(8)=10.194$, $p = .252$; overall fit of the model $\chi^2(5)=19.168$, $p = .002$; Nagelkerke's $R^2 = .166$). Sensitivity of the model equaled 80.5% , but specificity was not high – 40.7% , so overall precision of the allocation of the patients to the groups with these variables equaled 64.4% .

We also decided to check variables, which depicted intimate relationships (support of significant other and styles of attachment, Table 5), as they gained borderline significance in t-test, and were significant in some studies [32].

Sensitivity of the model was 86.2% , but specificity was low – 27.1% , overall precision – 62.3% . This means that though most patients with NSSH were prone to avoidant style of attachment and a special significant person was more likely present in their lives, such a pattern was also often observed in other suicidal patients without NSSH.

4. *Analysis of psychological differences of patients with suicidal thoughts, one and several attempts.*

As can be seen from the Table 6, it was much harder to distinguish people with suicidal thoughts and attempts, than with and without NSSH. Nevertheless, they differed on such an important characteristic as being mindful to one's own emotional states: ability to balance own emotions and tendency to view own feelings and situation with curiosity, unbiased, - this was the key factor.

Таблица 5 / Table 5

Биномиальная логистическая регрессионная модель, оценивающая паттерны общения суицидальных пациентов с несуицидальными самоповреждениями и без них / Binomial logistic regression model, which estimates patterns of communication of suicidal patients with and without NSSH

Переменные Variables	B	S.E.	Wald's $\chi^2(1)$	p	Exp(B), CI
Поддержка значимого близкого Support of significant other	0,257	0,104	6,099	0,014	1,294 (1,055; 1,587)
Тревожность / Anxiety	0,173	0,127	1,853	0,173	1,189 (0,927; 1,525)
Избегание / Avoidance	0,274	0,139	3,895	0,048	1,316 (1,002; 1,728)
Константа / Constant	-2,460	0,968	6,452	0,011	0,085

Общая оценка данной модели $\chi^2(3)=10,062$, $p=0,018$, тест Хосмера-Лемешова $\chi^2(8)=1,394$, $p=0,994$, R^2 Нейджелкерка = $0,09$ / Overall model fit $\chi^2(3) = 10.062$, $p = .018$, Hosmer-Lemeshov test $\chi^2(8)=1.394$, $p = .994$, Nagelkerke's $R^2 = .09$

Таблица 6 / Table 6

Сравнение групп пациентов с суицидальными мыслями, одной и несколькими попытками, ANOVA, критерий post hoc Геймса-Хоуэлла / Comparison of groups of patients with suicidal thoughts, one and several attempts, ANOVA, Games-Howell post hoc

Переменные Variables		Мысли Thoughts (n=73)	1 попытка 1 attempt (n=48)	Несколько Several attempts (n=25)	F2,143	Мысли – 1 попытка Thoughts – 1 attempt	Мысли – несколько Thoughts – several att.	1 попытка – несколько 1 attempt – several att.
Доброта к себе Self-kindness	M	2,19	1,96	1,82	2,703			
	SD	0,86	0,72	0,56				
Самокритика Self-criticism	M	3,89	4,00	4,12	1,010			
	SD	0,79	0,67	0,68				
Общность с человечеством Common humanity	M	2,33	2,22	2,07	1,143			
	SD	0,81	0,68	0,73				
Изоляция Isolation	M	3,84	3,97	3,94	0,450			
	SD	0,84	0,80	0,65				
Внимательность Mindfulness	M	2,81	2,47	2,34	4,539*	0,35*		
	SD	0,86	0,68	0,90				
Чрезмерная идентификация Over-identification	M	4,30	4,22	4,32	0,223			
	SD	0,64	0,78	0,68				
Сочувствие к себе Self-compassion	M	2,21	2,07	1,97	3,056*			
	SD	0,53	0,38	0,46				
Краткосрочное будущее Short-term future	M	5,58	6,07	5,29	1,657			
	SD	1,93	1,76	1,99				
Долгосрочное будущее Long-term future	M	4,46	4,70	4,50	0,476			
	SD	1,95	2,10	2,16				
Мысли о будущем Future thoughts	M	5,52	4,53	4,79	2,419			
	SD	2,39	2,52	2,77				
Негативное прошлое Past Negative	M	3,55	3,58	4,01	5,185**		-0,46***	-0,42**
	SD	0,64	0,73	0,35				
Позитивное прошлое Past Positive	M	2,93	3,14	2,62	3,345*			0,52*
	SD	0,76	0,88	0,84				
Безнадежность Hopelessness	M	2,54	2,48	2,51	0,156			
	SD	0,53	0,57	0,75				
Душевная боль Psychache	M	3,53	3,63	3,66	0,368			
	SD	0,78	0,75	0,90				
Поддержка семьи Family support	M	4,26	4,22	3,26	3,470*			
	SD	1,67	1,69	1,82				
Поддержка друзей Friends support	M	4,30	4,22	3,88	0,372			
	SD	2,03	2,22	2,18				
Поддержка значимого другого Support of significant other	M	4,63	5,22	4,40	2,334			
	SD	1,70	1,76	2,02				
Тревожность Anxiety	M	4,43	3,98	4,66	2,378			
	SD	1,26	1,43	1,66				
Избегание Avoidance	M	3,29	3,36	2,99	0,653			
	SD	1,26	1,50	1,38				
Дезадаптивный перфекционизм Maladaptive perfectionism	M	5,38	5,41	5,53	0,206			
	SD	0,95	0,91	1,15				
Адаптивный перфекционизм Adaptive perfectionism	M	4,73	4,81	4,90	0,197			
	SD	1,30	1,01	1,25				

Достоверность: $p < 0,05$ – *, $p < 0,01$ – **, $p < 0,001$ – *** / Levels of significance: $p < 0,05$ – *, $p < 0,01$ – **, $p < 0,001$ – ***

Отношение к прошлому различало людей с суицидальными мыслями и несколькими попытками (негативное прошлое) и людей с одной и несколькими попытками (негативное и позитивное прошлое).

Attitude towards past distinguished people with suicidal thoughts and several attempts (negative past), and people with one and several attempts (negative and positive past).

Таблица 7 / Table 7

Биномиальная логистическая регрессионная модель, оценивающая значимость способности к внимательному отношению к своим чувствам и размышлениям о своем будущем для пациентов с мыслями о суициде и с суицидальными попытками / Binomial logistic regression model, estimating the significance of mindfulness and thoughts about the future for patients with suicidal thoughts and suicide attempts

Переменные Variables	B	S.E.	Wald's $\chi^2(1)$	p	Exp(B), CI
Внимательность Mindfulness	-0,617	0,219	7,945	0,005	0,539 (0,351; 0,829)
Мысли о будущем Future thoughts	-0,148	0,070	4,551	0,033	0,862 (0,752; 0,988)
Константа Constant	2,367	0,710	11,111	0,001	10,669

Общая оценка данной модели $\chi^2(2)=13,208$, $p=0,001$, тест Хосмера-Лемешова $\chi^2(8) = 4,610$, $p=0,798$, R^2 Нейджелкер-ка = 0,115 / Overall model fit $\chi^2(2)=13.208$, $p= .001$, Hosmer-Lemeshov test $\chi^2(8)=4.610$, $p= .798$, Nagelkerke's $R^2 = .115$

Люди с несколькими попытками были более склонны воспринимать свое прошлое как травматичное, в котором они хотели бы очень многое изменить, и в котором они не находят теплых воспоминаний.

5. Выделение наиболее значимых переменных, предсказывающих попадание в группу с суицидальными попытками.

Мы решили проверить модель, предсказывающую попадание в группу людей с суицидальными попытками, с независимыми переменными внимательности и мыслей о будущем (последняя была погранично значима в однофакторном анализе ANOVA). Сензитивность данной модели составила 61,6%, специфичность – 60,3%, общая точность – 61,0%. Таким образом, она с умеренной точностью позволяла определить, совершил ли человек суицидальную попытку.

Модель с позитивным и негативным прошлым, напротив, оказалась незначимой ($\chi^2(2)=3,170$; $p=0,205$). Предположительно, эти переменные лучше дифференцируют людей с одной и несколькими попытками, чем людей с попытками и суицидальными мыслями.

Обсуждение.

Таким образом, данное исследование подтвердило гипотезу, что суицидальные люди с опытом и без опыта НСП больше отличаются друг от друга, чем по наличию или отсутствию суицидальной попытки в анамнезе. НСП является одним из волевых факторов в моделях перехода от мыслей к действию, и это важное указание, что острота психологического неблагополучия и суицидальная готовность лучше оценивается по такому формальному признаку, как наличие у суицидального пациента несуйцидальных самоповреждений.

В нашей выборке, пациентов с НСП было больше среди женщин, что соответствует ряду исследований [1], и с возрастом проявлений такого поведения становилось меньше. Таким пациентам чаще ставили диагноз личностного расстройства, хотя у многих обнаруживали аффективное расстройство, что также соответствует данным других учёных [24]

Среди психологических переменных, указывающих на принадлежность пациентов к группе с НСП,

People with several attempts were more prone to view their past as traumatic, they wanted to change a lot in it, and found few warm memories there.

5. Distinguishing most significant variables to predict suicide attempts in suicidal patients.

We decided to test a model, which predicts allocation to the group of people with suicide attempts, with independent variables of mindfulness and thoughts about the future (the last had borderline significance in ANOVA). Sensitivity of this model was 61.6%, specificity 60.3%, overall predictability 61.0%. Thus, this model with moderate precision allowed distinguishing, whether a patient had a suicide attempt.

The model with past positive and past negative variables, on the contrary, didn't yield significance ($\chi^2(2)=3.170$, $p= .205$). Supposedly, these variables better differentiate people with one and several attempts, than people with attempts and suicidal thoughts.

Discussion

In sum, this study confirmed the hypothesis that suicidal people differ more on the experience of NSSH than on the fact of suicide attempt(s) in the anamnesis. NSSH is one of the volitional factors in the ideation-to-action models of suicidal behaviors, and it is an important indication that the acuteness of psychological ill-being and suicidal aptitude is better evaluated with such a formal characteristic as presence of NSSH in a suicidal patient.

In our sample, more women engaged in NSSH, which complies with a range of studies [1], and with age this behavior decreased. Such patients more often were diagnosed with a personality disorder, though many of them had an affective disorder, which also corresponds to the results of other researchers [24].

Among psychological variables that predicted the belonging of patients to a group with NSSH, the most important was a characteristic, of which V. Frankl spoke [57]: it was

наиболее значимой оказалась характеристика, о которой писал ещё В. Франкл [57] – способность представлять свое долгосрочное будущее (в нашем исследовании, год). Эта простая, но важная оценка – может ли человек вообразить, будет ли он себе нравиться спустя год, насколько воплощёнными окажутся его планы, насколько быстро, по его мнению, пройдёт этот отрезок времени – оказывается решающей для людей с НСП, более важной, чем перфекционизм, самокритика, безнадежность, недостаток позитивной оценки прошлого. Это говорит о важности развития навыков планирования и активного воображения будущего у пациентов с таким типом поведения, умения вовремя отказываться от недостижимых целей и переключаться на другие значимые задачи [58, 59, 60].

Кроме того, подтвердились данные другого исследования [32], что люди с НСП более склонны выделять одного значимого близкого, но при этом недостаточно доверять даже ему. Такие отношения не являются равновесными и достаточно надёжными в психологическом смысле [61], и, предположительно, способствуют внутреннему ощущению одиночества, а когда этот значимый человек оказывается недоступен или не в состоянии помочь, это, вероятно, может приводить к суицидальным переживаниям и НСП. Такие отношения также нуждаются в мягкой психологической коррекции – в обучении доверию и в поиске и расширении сети социальных связей.

Пациенты с суицидальными мыслями отличались от людей с суицидальными попытками только более развитой способностью к внимательному отношению к своим переживаниям и большей склонностью размышлять о своём будущем в целом. Второе, на наш взгляд, может указывать на большее отчаяние пациентов с попытками, на реакцию сдачи, ощущение тупика [33, 60, 62]. Первая переменная показывает, что обучение суицидальных пациентов практикам внимательности (осознанности) действительно может быть благотворно и способно препятствовать переходу от суицидальных мыслей к действиям [63].

Отношение к прошлому оказалось важно для различения людей с одной и несколькими попытками, и это объяснимо, поскольку с количеством попыток усиливается негативный, травматический опыт и ухудшается оценка прошлого как ресурса. Кроме того, исследования автобиографической памяти суицидальных пациентов показали, что такие люди более склонны вспоминать позитивные события сверхобобщенно, что влияет на продуктивность принятия решений [64].

В целом, хотелось бы отметить значимость временной перспективы, проявившейся в данном исследовании, не только прошлого, но и будущего. На наш взгляд, суицидальные поступки и несуйцидальные самоповреждения представляют собой травматические переживания, прерывающие длительность «я», мешающие планировать будущее и способствующие негативной

an ability to envision own long-term future (in our study, a year-term). This simple, but important estimation – if people can imagine, whether they will like themselves in a year, whether their plans will be realized, how quick this period of time will pass – is crucial for people with NSSH, more important, than perfectionism, self-criticism, hopelessness, lack of positive estimation of past. This emphasizes the need for development the skills of planning and active imagination of future in patients with such type of behavior, of the ability to abandon unattainable goals in time and to switch to other meaningful tasks [58, 59, 60].

Besides, the results of another study were confirmed [32], which showed that people with NSSH are more prone to select one significant other, but to be not trustful even to them. Such relationships are not balanced and safe enough in psychological sense [61], and, supposedly, they contribute to the inner feeling of loneliness, and when this significant person becomes unavailable or not able to help, this may provoke suicidal feelings and NSSH. Such relationships also need some careful psychological correction, so that patients could feel more trust in significant others, as well as become able to search and widen their social network.

Patients with suicidal thoughts differed from people with suicidal attempts only in stronger ability to be mindful of their feelings and a tendency to think of their future. The second result, to our mind, may indicate a more severe desperation of patients with attempts, a reaction of giving up, a feeling of entrapment [33, 60, 62]. The first variable shows that the mindfulness training for suicidal patients may indeed be beneficial and can preclude the transition from suicidal ideation to action [63].

The attitude towards past turned to be important for distinguishing people with one and several attempts, and it is explicable, as the amount of attempts strengthen the negative, traumatic experiences, and the appraisal of the past as a resource decreases. Besides, studies of autobiographical memory of suicidal patients showed that such people are prone to remember positive events overgenerally, which influences the productiveness of their decision-making [64].

In a whole, we would like to emphasize the importance of the time perspective, which manifested in this study, both of the past and the future. In our opinion, suicidal acts and NSSH give people traumatic experience, which interrupt their self-continuity, hinder future planning and promote negative reappraisal of the past [65], which leads to paradoxical positive evaluation of death [66, 67]; and rehabilitation should happen with consid-

переоценке прошлого, приводящие к парадоксальной позитивной оценке смерти [65, 66, 67]; и восстановление человека должно происходить с учётом этого факта.

Ограничения и сильные стороны работы. Ограничением данной работы является корреляционный характер исследования, что не даёт возможности выносить заключения о причинно-следственных связях. Кроме того, наличие НСП оценивалось дихотомично, без учёта давности опыта, частоты и тяжести этого поведения, что могло бы способствовать большей точности в определении значимых психологических переменных, сопутствующих данному типу поведения. Тем не менее, исследователям удалось выявить основные значимые факторы, вносящие вклад в формирование НСП и перехода от суицидальных мыслей к суицидальным попыткам.

eration of this fact.

Limitations and strengths of the study

The limitation of this study is its correlational design, which does not allow causal inference. Besides, the presence of NSSH was evaluated dichotomously, without taking into account how long, how often and how severe people self-injured, which could have added more precision in identification of significant psychological variables that accompany this type of behavior. Nevertheless, the researchers were able to identify the main significant factors that make input into the development of NSSH and transition from suicidal ideation to suicidal attempts.

Литература / References:

- Hawton K., Saunders K.E.A., O'Connor R.C. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 2012; 379: 2373-2382. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5
- Mars B., Heron J., Klonsky E.D., Moran P., O'Connor R.C., Tilling K., Wilkinson P., Gunnell D. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6: 327-337. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30030-6
- McManus S., Gunnell D. Trends in mental health, non-suicidal self-harm and suicide attempts in 16-24-year old students and non-students in England, 2000-2014. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2019. DOI: 10.1007/s00127-019-01797-5
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., Lee, S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*. 2008; 30: 133-154. DOI: 10.1093/epirev/mxn002
- O'Connor R.C., Wetherall K., Cleare S., Eschle S., Drummond J., Ferguson E., O'Connor D.B., O'Carroll R.E. Suicide attempts and non-suicidal self-harm: National prevalence study of young adults. *BJPsych Open*. 2018; 4: 142-148. DOI: 10.1192/bjo.2018.14
- Geulayov G., Casey D., McDonald K., Foster Pauline, Pritchard K., Wells C., Clements C., Kapur N., Ness J., Waters K., Hawton K. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *Lancet Psychiatry*. 2018; 5: 167-174. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30478-9
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: APA, 2013. DOI:10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05
- Baetens I., Claes L., Muehlenkamp J., Grietens H., Onghena P. Nonsuicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-base survey. *Archives of Suicide Research*. 2011; 15: 56-57.
- Hamza C.A., Stewart S.L., Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*. 2012; 32: 482-495. doi:10.1016/j.cpr.2012.05.003
- Asarnow J.R., Porta G., Spirito A., Emslie G., Clarke G., Wagner K.D., Vitiello B., Keller M., Birmaher B., McCracken J., Mayes T., Berk M., Brent D.A. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2011; 50: 772-781. DOI: 10.1016/j.jaac.2011.04.003
- Wilkinson P., Kelvin R., Roberts C., Dubicka B., Goodyear I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *The American Journal of Psychiatry*. 2011; 168: 495-501.
- Tang J., Yu Y., Wu Y., Du Y., Ma Y., Zhu H., Zhang P., Liu Z. Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2011; 6: e17977. DOI: 10.1371/journal.pone.0017977
- Whitlock J., Knox K.L. The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2007; 161: 634-640. DOI:10.1001/archpedi.161.7.634
- Brausch A.M., Gutierrez P.M. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 2010; 39: 233-242. DOI: 10.1007/s10964-009-9482-0
- Linehan M.M. Suicidal people: One population of two? *Annals New York Academy of Science*. 1986; 487: 16-33. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1986.tb27882.x
- Cavanagh J.T., Carson A.J., Sharpe M., Lawrie, S.M. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*. 2003; 33: 395-405. DOI: 10.1017/S0033291702006943
- Joiner T. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005.
- Gross J.J. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*. 1998; 2: 271-299. DOI: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Voon D., Hasking P., Martin G. Change in emotion regulation strategy use and its impact on adolescent non-suicidal self-injury: A three-year longitudinal analysis using latent growth modelling. *Journal of Abnormal Psychology*. 2014; 123: 487-498. DOI: 10.1037/a0037024
- Gratz K.L., Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotional Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*. 2004; 26: 41-54. DOI:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Heath N.L., Carsley D., De Riggi M., Mills D., Mettler J. The relationship between mindfulness, depressive symptoms and non-suicidal self-injury amongst adolescents. *Archives of Suicide Research*. 2016; 20: 635-649.
- Chapman A.L., Gratz K.L., Brown M.Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behavior Research and Therapy*. 2006; 44: 371-394. DOI: 10.1016/j.brat.2005.03.005
- Selby E.A., Joiner T.E. Cascades of emotion: The emergence of Borderline Personality Disorder from emotional and behavioural dysregulation. *Review of General Psychology*. 2009; 13: 219-229. DOI: 10.1037/a0015687
- Linehan M. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Publication, 1993.
- Hasking P., Whitlock J., Voon D., Rose A. A cognitive-emotional model of NSSI: using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cognition and Emotion*. 2017; 31: 1543-1556. DOI: 10.1080/02699931.2016.1241219
- Laye-Gindhu A., Schonert-Reichl K.A. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*. 2005; 34: 447-457. DOI:10.1007/s10964-005-7262-z
- Абрамова А.А., Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г., Кузнецова С.О. Аутоагрессивное несуицидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями. *Клиническая и специальная психология*. 2018; 7: 21-40. DOI:10.17759/psyclin.2018070202 [Abramova A.A., Enikolopov S.N., Efremov A.G., Kuznetsova S.O. Autoaggressive non-suicidal behavior as the way of coping with negative emotions. *Clinical Psychology and Special Education*. 2018; 7: 21-40] (In Russ)

28. Польская Н.А. Эмоциональная дисрегуляция в структуре самоповреждающего поведения. *Консультативная психология и психотерапия*. 2018; 26: 65-82. DOI:10.17759/cpp.2018260405 [Polskaya N.A. Emotion dysregulation in the structure of self-injurious behavior. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2018; 26: 65-82.] (In Russ)
29. Muehlenkamp J., Brausch A., Quigley K., Whitlock J. Interpersonal features and functions of non-suicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2013; 43: 67-80. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x
30. Claes L., Houben A., Vandereycken W., Bijttebier P., Muehlenkamp J.J. Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*. 2010; 33: 775-778. DOI: 10.1016/j.adolescence.2009.10.012
31. Nock M.K., Mendes W. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical*. 2008; 76: 28-38.
32. Turner B.J., Wakefield M.A., Gratz K.L., Chapman A.L., Characterizing interpersonal difficulties among young adults who engage in nonsuicidal self-injury using a daily diary. *Behavior Therapy*. 2017; 48: 363-379. DOI: 10.1016/j.beth.2016.07.001
33. O'Connor R.C., Kirtley O.J. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos. Trans. R. Soc. Biol. Sci.* 2018; 373: 20170268. DOI: 10.1098/rstb.2017.0268.
34. Klonsky E.D., May A.M., Saffer B.Y. Suicide, suicidal attempts, and suicidal ideation. *The Annual Review of Clinical Psychology*. 2016; 12:14.1-14.24. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
35. Branley-Bell D., O'Connor D.B., Green J.A., Ferguson E., O'Carroll R.E., O'Connor R.C. Distinguishing suicide ideation from suicide attempts: Further test of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Journal of Psychiatric Research*. 2019; 117: 100-107. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2019.07.007
36. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Магурдумова Л.Г. Бесстрашие к смерти – статика или динамика? *Суицидология*. 2017; 8: 40-48. [Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Magurdumova L.G. A commentary: Fearlessness about death – a static or a dynamic quality? *Suicidology*. 2017; 8: 40-48.] (In Russ)
37. Cleare S., Gumley A., O'Connor R.C. Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2019; 26: 511-530. DOI: 10.1002/cpp.2372
38. Smith M.M., Sherry S.B., Chen S., Saklofske D.H., Mushquash C., Flett G.L., Hewitt P.L. The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship. *Journal of Personality*. 2018; 86: 522-542. DOI: 10.1111/jopy.12333
39. Kleiman E.M., Riskind J.H. Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation: A test of a multiple mediator model. *Crisis*. 2013; 34: 42-49. DOI: 10.1027/0227-5910/a000159
40. Troister T., Holden R.R. Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences*. 2010; 49: 689-693. DOI: 10.1016/j.paid.2010.06.006
41. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a health attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2003; 2: 223-250. DOI: 10.1080/15298860309032
42. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л. Сочувствие к себе: защитный фактор при суицидальном поведении. *Школа В.М. Бехтерева: От истоков до современности*. Ред. Н.Г. Незнанов и др. СПб.: Альта-Астра, 2017. 486-488. [Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L. Self-compassion: A protective factor in suicidal behavior. *V.M. Bekhterev's School: From the beginnings to the contemporary*] Eds. N.G. Neznanov et al. Saint Petersburg: Alta-Astra, 2017. 486-488.] (In Russ)
43. Ersner-Hersfield H., Garton M.T., Ballard K., Larking G.R., Knutson B. Don't stop thinking about tomorrow: Individual differences in future self-continuity account for saving. *Judgment and Decision Making*. 2009; 4: 280-286.
44. Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., Farley G.K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1988; 52: 30-41.
45. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажиллина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. М.: Генезис, 2001. [Sirota, N.A., Yaltonskii, V.M., Khazhilina, I.I., Viderman, N.S. Prevention of drug abuse in adolescents: from theory to practice]. Moscow: Genesis, 2001.] (In Russ)
46. Fraley R.C., Waller N.G., Brennan K.A. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2000; 78: 350-365. DOI: 10.1037/0022-3514.78.2.350
47. Чистопольская К.А., Митина О.В., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Чубина С.А., Озол С.Н., Дровосекос С.Э. Адаптация краткой версии «Переработанного опросника – опыт близких отношений» (ECR-R) на русскоязычной выборке. *Психологический журнал*. 2018; 39: 87-98. [Chistopolskaya K.A., Mitina O.V., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Chubina S.A., Ozol S.N., Drovosekov S.E. Adaptation on a Russian sample of the short version of Experience in Close Relationships – Revised Questionnaire. *Psychological journal*. 2018; 39: 87-98.] (In Russ)
48. Zimbardo P., Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999; 77: 1271-1288. DOI: 10.1037/0022-3514.77.6.1271
49. Сырцова А., Митина О.В. Возрастная динамика временных ориентаций личности. *Вопросы психологии*. 2008; 2: 41-54. [Sircova A., Mitina O.V. Developmental dynamics of temporal orientations of personality. *Question of psychology*. 2008; 2: 41-54.] (In Russ)
50. Slaney, R.B., Rice, K.G., Ashby, J.S. A programmatic approach to measuring perfectionism: The Almost Perfect Scales. In G.L. Flett & P.L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* American Psychological Association. 2002, 63-88. DOI: 10.1037/10458-003
51. Ясная В.А., Митина О.В., Ениколопов С.Н., Зурабова А.М. Апробация методики измерения перфекционизма Р. Слейни «Почти совершенная шкала». *Теоретическая и экспериментальная психология*. 2011; 4: 30-45. [Yasnaya V.A., Mitina O.V., Enikolopov S.N., Zurabova A.M. Testing methods for measuring perfectionism P. Slaney "Almost Perfect Scale". *Theoretical and experimental psychology*. 2011; 4: 30-45.] (In Russ)
52. Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A.T., Beck, R. Hopelessness, depression and attempted suicide. *The American Journal of Psychiatry*. 1973; 130: 455-459.
53. Тарабрина Н.В. *Практикум по психологии посттравматического стресса*. СПб.: Питер, 2001. [Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttraumaticheskogo stressa*. [A tutorial in psychology of posttraumatic stress]. Saint Petersburg: Piter, 2001.] (In Russ)
54. Holden R.R., Mehta K., Cunningham E.J., McLeod L.D. Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioral Science*. 2001; 33: 224-232. DOI: 10.1037/h0087144
55. Чистопольская К.А., Журавлева Т.В., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л. Адаптация методик исследования суицидальных аспектов личности. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2017; 14: 61-87. [Chistopolskaya K.A., Zhuravleva T.V., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L. Adaptation of diagnostic instruments for suicidal aspects of personality. *Psychology. Journal of the Higher school of Economics*. 2017; 14: 61-87.] (In Russ)
56. Шнейдман Э. *Душа самоубийцы*. М.: Смысл, 2001. [Shneidman E. *The suicidal soul*. Moscow: Smysl, 2001.] (In Russ)
57. Франкл В. *Сказать жизни «Да!» Психолог в концлагере*. М.: Альпина non-fiction, 2011. [Frankl V. *Skazat' zhizni «Da!» Psikholog v kontslagere*. [To say "Yes" to life: A psychologist in a concentration camp]. Moscow: Alpina non-fiction, 2011.] (In Russ)
58. Coughlan K., Tata P., MacLeod A.K. Personal goals, well-being and deliberate self-harm. *Cognitive Therapy and Research*. 2017; 41: 434-443. DOI: 10.1007/s10608-016-9769-x
59. Van Beek W., Kerkhof A., Beekman A. Future oriented group training for suicidal patients: A randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*. 2009; 9: 65. DOI: 10.1186/1471-244X-9-65
60. Galynker I. *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. NY: Oxford University Press, 2017.
61. Боулби Дж. *Привязанность*. М.: Гардарики, 2003. [Bowlby J. *Privyazannost'* [Attachment]. Moscow: Gardariki, 2003.] (In Russian; transl. of Bowlby J. *Attachment and Loss*, Vol. 1, Attachment. London: Tavistock Institute of Human Relations, 1969)]
62. Williams, J.M.G., Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D.S. Psychology and suicidal behaviour: Elaborating the entrapment model. In K. Hawton (Ed.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour: From science to practice*. Oxford, England: Oxford University Press. 2005, 71-89.
63. Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В., Банников Г.С. Практики осознанности в профилактике суицидального поведения подростков (обзор зарубежных исследований). *Вестник*

- Московского университета. Серия 14. Психология. 2019; 2: 121-144. DOI: 10.11621/vsp.2019.02.121 [Fedunina N.Yu., Vikhristyuk O.V., Bannikov G.S. Mindfulness practices in the prevention of suicidal behavior in adolescents (a review of foreign studies). Moscow University Psychology Bulletin 2019. 2: 121-144.] (In Russ)
64. Pollock L.R., Williams J.M.G. Effective problem solving in suicide attempters depends on autobiographical recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001; 31: 386-396.
65. Bauer J.J., Bonanno G.A. Continuity amid discontinuity: Bridging one's past and present in stories of conjugal bereavement *Narrative Inquiry*. 2001; 11: 123-158. DOI: 10.1075/ni.11.1.06bau
66. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико – психологическое исследование самоубийства. *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)]
67. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Чубина С.А. Специфика отношений к жизни и смерти у пациентов в остром постсуициде и у врачей-психиатров. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 56-71. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-56-71 [Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N., Chubina S.A. Specifics of life and death attitudes in patients in acute postsuicide and psychiatrists. *Suicidology*. 2019; 10 (2): 56-71. (In Russ)]

CHARACTERISTICS OF YOUNG PEOPLE IN ACUTE SUICIDAL CRISIS WITH AND WITHOUT NON-SUICIDAL SELF-HARM AND SUICIDE ATTEMPTS

K.A. Chistopolskaya¹,
S.N. Enikolopov²

¹Eramishantsev City Clinical Hospital, Moscow, Russia; ktchist@gmail.com
²Mental Health Research Centre, Moscow, Russia; enikolopov@mail.ru

Abstract:

Non-suicidal self-harm (NSSH) and suicidal thoughts are a major medical problem, as they are associated with suicide risk. Aim: The aim of the research is to study psychological characteristics of suicidal patients in acute psychological crisis who have or don't have an experience of suicide attempts and practicing or not practicing NSSH. Participants: One hundred forty six patients participated in the study: 105 females (72%) and 41 males, aged 16-48 (mean age 23.1±5.9). Fifty nine patients didn't practice NSSH, 87 patients had such an experience. Seventy three patients (50%) had suicide attempts in the past, 25 of them had multiple attempts. Instruments: Following instruments were used: Self-Compassion Scale, Future Self Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Experience in Close Relationships – Revised, Past Positive and Past Negative scales from Zimbardo Time Perspective Inventory, Slaney's Almost Perfect Scale, Beck Hopelessness Scale, Psychache Scale. Results: The most prominent differences were found between people who practiced and didn't practice NSSH. They differed by the following scales: self-criticism ($t(144) = -2.067, p = .041$), long-term future ($t(144) = 3.228, p = .002$), positive past ($t(144) = 2.407, p = .017$), hopelessness ($t(144) = -2.734, p = .007$) and maladaptive perfectionism ($t(144) = -2.960, p = .004$). Binary logistic regression showed the primary significance of the long-term future variable (overall fit of the model $\chi^2(5) = 19.168, p = .002$; Nagelkerke's $R^2 = .166$). Besides, the model yielded significance, which evaluated the input of perception of social support from significant others and avoidant style of attachment in NSSH ($\chi^2(3) = 10.062, p = .018$, Nagelkerke's $R^2 = .09$). For people with suicidal thoughts, who did and did not tried to end their life through suicide, the model was significant, which evaluated the input of mindfulness and thoughts about the future ($\chi^2(2) = 13.208, p = .001$, Nagelkerke's $R^2 = .115$). Conclusions: To evaluate the acuteness of the psychological state of a suicidal person, it is worth noting their tendency to NSSH, as this fact better differentiates patients on a range of psychological variables. Besides, their ability to imagine their long-term future and generally think about their future is an important factor to assess the severity of the psychological state of suicidal patients. Also their ability to balance their emotions and general awareness of them help people not to move from suicidal thoughts to suicidal acts.

Keywords: suicide, suicide attempt, suicidal crisis, non-suicidal self-harm, long-term future, mindfulness

Вклад авторов:

K.A. Чистопольская: разработка дизайна исследования; обзор и перевод публикаций по теме статьи, получение данных для анализа, написание текста рукописи, редактирование текста рукописи;
С.Н. Ениколопов: написание текста рукописи, редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

K.A. Chistopolskaya: developing the research design, reviewing and translated relevant publications, obtaining data for analysis, article writing, article editing;
S.N. Enikolopov: article writing, article editing.

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Статья поступила / Article received: 21.09.2019. Принята к публикации / Accepted for publication: 17.12.2019.

Для цитирования: Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Особенности молодых людей с самоповреждениями и предшествующими попытками в остром суицидальном кризисе. *Суицидология*. 2019; 10 (4): 47-64. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-47-64

For citation: Chistopolskaya K.A., Enikolopov S.N. Characteristics of young people in acute suicidal crisis with and without non-suicidal self-harm and suicide attempts. *Suicidology*. 2019; 10 (4): 47-64. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-47-64