

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb642098>

EDN: NHPPJS



Психологическая роль диссоциации и негативного повторяющегося мышления в динамике суицидального поведения при посттравматическом стрессовом расстройстве

О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев, О.В. Жирнова

Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

В формировании суицидального поведения при травматическом опыте, посттравматическом стрессовом расстройстве значимую роль играют когнитивные, метакогнитивные процессы и диссоциативные симптомы. Рассматриваются модели суицида «от мыслей к действиям» при осмыслении механизмов и промежуточных переменных данного перехода, в частности, интерперсональная теория самоубийства, трёхшаговая теория, интегративная мотивационно-волевая модель, концепция роли перфекционизма в риске суицида, теория флюидной уязвимости, интегрированная теория эволюции суицида «боль и мозг», двухсистемная модель суицидальности, положения теории об этапах антивита́льного поведения, а также динамической модели антивита́льного и суицидального поведения с учётом роли негативных социальных эмоций, факторов жизнестойкости, модель саморегуляции, основанная на силе воли, моделирование суицидального риска с помощью механизма mindsponge («губка разума») и модель сетевого анализа, модель суицида «крик боли», нарративная модель суицидального кризиса, двухпроцессная концептуализация суицидальности, теория повторяющегося негативного мышления, руминаций о самоубийстве и другие. Когнитивная модель обработки и кодирования воспоминаний о травме, модель усиления диссоциации в результате травматического опыта и возникновения галлюцинаций объясняют нарастающую неподконтрольность интрузий с отчуждением физических и психических страданий, отстранённостью от других, позволяя уточнить переход от мыслей к действиям в формировании суицидального поведения как нелинейного динамического процесса.

Ключевые слова: суицидальные мысли и поведение; диссоциация; повторяющееся негативное мышление; руминации; посттравматическое стрессовое расстройство; травматический опыт; модели суицида «от мысли к действию»; суицид как нелинейный динамический феномен.

Как цитировать:

Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В. Психологическая роль диссоциации и негативного повторяющегося мышления в динамике суицидального поведения при посттравматическом стрессовом расстройстве // Неврологический вестник. 2025. Т. 57, № 2. С. 180–193. DOI: 10.17816/nb642098 EDN: NHPPJS

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb642098>

EDN: NHPPJS

The Psychological Role of Dissociation and Repetitive Negative Thinking in the Development of Suicidal Behavior in Posttraumatic Stress Disorder

Olga A. Sagalakova, Dmitry V. Truevtsev, Olga V. Zhirnova

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia

ABSTRACT

Cognitive and metacognitive processes, along with dissociative symptoms, play a significant role in the development of suicidal behavior in the context of traumatic experiences and posttraumatic stress disorder. This article reviews theoretical models that conceptualize the transition from suicidal ideation to actions, emphasizing the mechanisms and mediating variables underlying this progression. The discussed models include the interpersonal theory of suicide, the three-step theory, the integrated motivational–volitional model, the perfectionism-based model of suicide risk, the fluid vulnerability theory, the integrated pain-brain evolutionary model, the dual-system model of suicidality, the stage-based theory of antivital behavior, and a dynamic model of antivital and suicidal behavior taking into account the roles of negative social emotions and resilience factors, strength model of self-regulation, the mindsponge-based model of suicide risk simulation, the network analysis model, the cry of pain model, the narrative model of suicidal crisis, the dual-process conceptualization of suicidality, the theory of repetitive negative thinking, suicidal rumination, and others. The cognitive model of trauma memory processing and encoding, along with the model of trauma-induced dissociation and the emergence of hallucinations, helps explain the increasing intrusiveness and uncontrollability of trauma-related experiences. These phenomena are marked by alienation from one's own physical and psychological suffering and emotional detachment from others. Such mechanisms provide insight into the transition from suicidal ideation to actions as a nonlinear and dynamic process in the development of suicidal behavior.

Keywords: suicidal ideation and behavior; dissociation; repetitive negative thinking; ruminations; post-traumatic stress disorder; traumatic experience; ideation-to-action theories of suicide; suicide as a nonlinear dynamic phenomenon.

To cite this article:

Sagalakova OA, Truevtsev DV, Zhirnova OV. The Psychological Role of Dissociation and Repetitive Negative Thinking in the Development of Suicidal Behavior in Posttraumatic Stress Disorder. *Neurology Bulletin*. 2025;57(2):180–193. DOI: 10.17816/nb642098 EDN: NHPPJS

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb642098>

EDN: NHPPJS

Травмага бәйле стресс вакытындагы суицидаль тәртип динамикасында диссоциация һәм кабатлана торган тискәре фикерләүнең психологик роле

О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев, О.В. Жирнова

Мәскәү дәүләт психология-педагогика университеты, Мәскәү, Россия

АННОТАЦИЯ

Травмадан соң күзәтелгән стресс тайпылышлары вакытында суицидаль тәртип формалаштыруда когнитив, мета-когнитив процесслар һәм диссоциатив симптомнар мөһим роль уйный. Әлеге күчешнең механизмнары һәм арадаш үзгәрешләре турында фикер йөрткәндә, «фикерләрдән гамәлләргә» суицид модельләре, аерым алганда, үз-үзенә кул салуның интерперсональ теориясе, өч адымлы теория, интегратив мотивация-ихтыяр модели, суицид куркынычында перфекционизм роле концепциясе, флюид зәгыйфьлек теориясе, «авырту һәм баш мие» суицид эволюциясе-нең интеграцияләнгән теориясе, суицидальлекнең ике системалы модели, антивиталь үз-үзенә тоту этаплары турындагы теория положениеләре, шулай ук тискәре социаль эмоцияләр, тормыш тотрыклылыгы факторлары ролен исәпкә алып, антивиталь һәм суицидаль тәртипнең динамик модели, ихтыяр көченә нигезләнгән үз-үзенә көйләү модели, mindspunge механизмы ярдәмендә суицид куркынычын модельләштерү ("акыл губкасы") һәм челтәр анализы модели, суицидаль кризисның нарратив модели, суицидальлекнең нарратив модели, кабатлана торган тискәре фикерләү теориясе, үз-үзенә кул салу турындагы руминацияләр һ.б. Травма турындагы истәлекләрне эшкәртү һәм кодлауның когнитив модели, травматик тәҗрибә нәтижәсендә диссоциациянең көчәюе һәм галлюцинацияләр барлыкка килү модели физик һәм психик газәпләрне читләштерү, башкалардан читләшү белән интрузияләрнең контрольсезлеген аңлата, бу исә фикерләрдән суицидаль тәртипне туры булмаган динамик процесс буларак формалаштыруда фикерләрдән гамәлләргә күчүне ачыкларга мөмкинлек бирә.

Төп сүзләр: суицидаль фикерләр һәм үз-үзенә тоту; диссоциация; кабатлана торган тискәре фикерләү; руминацияләр; травмадан соңгы стресс; травматик тәҗрибә; «фикердән гамәлгә» суицид модельләре; суицид туры булмаган динамик форма буларак.

Өземтәләр ясау өчен:

Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В. Травмага бәйле стресс вакытындагы суицидаль тәртип динамикасында диссоциация һәм кабатлана торган тискәре фикерләүнең психологик роле // Неврология хәбәрләре. 2025. Т. 57, № 2. 180–193 б. DOI: 10.17816/nb642098 EDN: NHPPJS

ОБОСНОВАНИЕ

При исследовании закономерностей связи травматического опыта с формированием суицидальных мыслей (СМ) и суицидального поведения (СП) в современных психологических моделях рассматриваются разные переменные. Изучается роль дисфункциональных метакогнитивных стратегий обработки опыта, связанных с диссоциацией промежуточных явлений на пути перехода от мыслей к действиям, к примеру, чувство отстранённости от телесных и эмоциональных страданий, социальная изоляция, переживание вины и стыда, нарушение чувства агентности. Переменные могут конфигурироваться в индивидуальную траекторию СП, существует риск внезапных действий, минуя этапы постепенного развития суицидальной направленности, что подчёркивает нелинейный характер явления. Неблагоприятный опыт межличностных отношений, тревога, руминации, импульсивность, негативная перспектива будущего, ослабленная социальная поддержка вносят значимый вклад в кумуляцию напряжения как главную особенность СП с остро развивающимся суицидальным кризисом. При прогнозировании риска суицидальной траектории важно учитывать индивидуальную картину нарушений регуляции эмоций, опыт травматических переживаний, склонность к негативному повторяющемуся мышлению [1–3].

Наряду с пересмотром в классификациях психических болезней диагностических критериев расстройств, связанных со стрессом и травмой, что способствовало более узкой операционализации посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и введению категории комплексного ПТСР (КПТСР), сформулированное направление исследования представляется актуальным. Авторы большинства теорий солидарны, что СМ и прошлые попытки — предикторы завершённого самоубийства, однако не все учёные склонны включать СМ в прогностические маркеры будущего СП [4]. Факторы и динамика суицидального риска при переживании психотравмирующего опыта и симптомах ПТСР могут отличаться [5]. Идёт дискуссия, каков риск СМ в контексте временной динамики, насколько персистирующие СМ в прошлом могут предсказывать СП в перспективе, или же следует искать прогностический потенциал СМ только в короткой временной рамке [6].

Диссоциация и повторяющееся негативное мышление определённо могут опосредовать связь между травматическим опытом и СП [5, 7]. Значимость рассматриваемой темы высвечивает проблему общественного здравоохранения — выраженные ограничения возможности прогнозирования и, соответственно, эффективного предотвращения суицидальных попыток с опорой на классические модели самоубийств, что диктует необходимость теоретико-методологического осмысления суицидальности с учётом новейших данных.

ВКЛАД ДИССОЦИАЦИИ В ПОВЫШЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ОПЫТЕ И ОСОБЫЙ ТИП КОДИРОВКИ ПАМЯТИ ПРИ ПТСР

Растущий интерес к механизмам и вариативной палитре диссоциативных переживаний в контексте формирования психических нарушений привёл к тому, что в DSM-5-TR диссоциативное расстройство (ДР), определяемое как нарушение или прерывность нормальной интеграции сознания, памяти, идентичности, эмоций, восприятия, образа тела, двигательного контроля и поведения, разделено на пять категорий: диссоциативное расстройство идентичности, диссоциативная амнезия, расстройство деперсонализации/дереализации, другое уточнённое и неутончённое диссоциативное расстройство (American Psychiatric Association, 2022). Амнезия, деперсонализация и дереализация определяются как диссоциативные симптомы (ДС), необязательно указывающие на наличие конкретного ДР.

В диагностических критериях DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) для ПТСР впервые были включены ДС в рамках диссоциативного подтипа (ПТСР-ДС), который был уточнён в DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022). Для диагностики, помимо симптомов, соответствующих критериям ПТСР (навязчивые симптомы, избегание, специфические изменения в когнитивных процессах и настроении, включая амнезию, нарушения реактивности), должны наблюдаться устойчивые или повторяющиеся симптомы деперсонализации и дереализации.

Диссоциация рассматривается как фактор риска возникновения и поддержания ПТСР [8], ДС при ПТСР различаются мерой интенсивности, но не структурными свойствами [9]. Наличие диссоциации при хроническом ПТСР связано с наиболее высоким уровнем нарушений [10]. Предлагается концептуализировать ПТСР и КПТСР как формы ДР [10]. Амнезия была включена в недиссоциативную форму ПТСР, но её можно считать диссоциативной. Ряд авторов сомневаются в полноте классификации DSM-5, концентрирующейся на отдельных аспектах ДС, поскольку симптомы повторного переживания, приписываемые ПТСР в DSM-5, свидетельствуют о диссоциации. Диссоциация — основной признак ПТСР и КПТСР, однако в МКБ-11 она не является симптомом КПТСР, за исключением повторных переживаний [10, 11].

Значимость выделения ПТСР-ДС обусловлена более высоким риском суицида. Считается, что чем раньше возникает травматический опыт, тем выше вероятность ДР, сопряжённых с повышенным риском повторных попыток самоубийства. При ПТСР, ПТСР-ДС и КПТСР наблюдается недвусмысленная склонность к суицидальности из-за посттравматических симптомов и чувства безнадежности [5]. Согласно исследованиям, безнадежность

опосредует связь между посттравматической симптоматикой и СМ, особенно при КПТСР и ДС [5]. При КПТСР диссоциация выступает важным фактором, связанным с депрессивными симптомами и СП, даже после учёта последствий воздействия травмы и основных симптомов хронического ПТСР [11].

В нейробиологической модели ПТСР объясняется, как травматический опыт может привести к изменениям в функционировании мозга, способствуя развитию ДС. При ПТСР наблюдается аномально низкая активация медиальной префронтальной и передней поясной коры, что свидетельствует о неспособности торможения («эмоциональная недо модуляция») активности лимбической системы, включая миндалину, со стороны областей, участвующих в модуляции возбуждения и эмоциональной регуляции, что приводит к навязчивым чувствам и импульсивным действиям. При ПТСР-ДС, наоборот, наблюдается высокая активация областей мозга, участвующих в эмоциональной регуляции, что приводит к снижению активности лимбической системы, представляя эмоциональную гипермодуляцию и вызывая состояние эмоционального оцепенения [12].

В теории эмоциональной регуляции диссоциация определяется как механизм совладания с эмоциями, но в долгосрочной перспективе её протективная функция ухудшает функционирование и провоцирует коморбидные расстройства [13] за счёт отстранения от угрожающих стимулов, приглушения реакции, нарушая когнитивные процессы, необходимые для произвольной саморегуляции. Высокий уровень ДС связан с когнитивными и социальными нарушениями, усиливающими риск ретравматизации, например, замедленная обработка связанных с угрозами стимулов, низкие показатели внимания, кратковременной и долговременной памяти, управляющего контроля и аномального социального познания [14].

Диссоциация рассматривается значимым фактором СП, особенно в контексте её способности снижать чувствительность к физической боли [15], причём именно при ДС сообщается о большей психической боли, что ещё сильнее повышает риск самоубийства [16]. ДС взаимодействуют с переносимостью боли и коррелируют с увеличением попыток самоубийства, независимо от болевой чувствительности [16]. Предшествующее СП при ПТСР не суицидальное самоповреждающее поведение (НССП), включённость в рискованные для жизни активности, употребление алкоголя и психоактивных веществ способствуют эскалации указанных тенденций, десенсибилизируя страх смерти, телесных страданий и облегчая переход от пассивных мыслей к импульсивным действиям. НССП может предвещать СП, так как сопряжено с провоцирующими ДС негативными социальными эмоциями стыда и вины в связи с травматическим опытом насилия, социального поражения или горя. Совместно с редукцией болевых ощущений посредством приобретённого опыта при повторных НССП сами болевые ощущения могут

вызывать облегчение эмоционального состояния, выступая способом саморегуляции, а также восстановления агентности переживаний через намеренное усиление боли на фоне пролонгированных ДС [1–3].

Диссоциация может играть роль в забывании событий во время НССП и суицидальных попыток. В исследовании пациенты сообщали, что не помнят подробности суицидальной попытки, они, по сравнению с группой контроля, характеризовались более высокими показателями безнадёжности и ДС [17]. Особенности кодирования травматических воспоминаний и извлечения их из памяти представлены в рамках когнитивной модели ПТСР А. Ehlers и D.M. Clark [18]. Специфическими проявлениями ПТСР выступают непроизвольные по осуществлению, вызывающие дистресс по содержанию воспоминания о травме, актуализируемые в перцептивной яркости. Травматические воспоминания характеризуются фрагментарностью и неструктурированностью, провоцируются сенсорными стимулами, принимая форму неконтролируемых образов (звуки, запахи, тактильные ощущения, мысли, воспоминания или сны), при этом их произвольное извлечение затруднено, хронология событий нарушена, возможна даже амнезия с отчуждением части опыта. Паттерн памяти при ПТСР основан на особом типе процессинга при травме — преобладании мгновенной и нерефлексивной обработки сенсорного опыта в отличие от категориальной обработки и помещения события в контекст. При деконтекстуализированном типе обработки свойственен больший риск развития симптомов ПТСР, в то время как при категориальном типе происходит последовательное кодирование информации, обеспечивающее произвольное извлечение воспоминаний. Обработка на основе впечатлений приводит к недетализированному, перцептивно закодированному следу памяти, который извлекается помимо воли как реакция на ассоциированные с событием сигналы в виде интрузий. Считается, что переработка автобиографических воспоминаний позволяет преодолеть неконтролируемость памяти о травме. Диссоциация может служить механизмом выживания в острый период переживания травмы, избавляя от эмоциональной боли, но в дальнейшем способствует избеганию интеграции и контекстуализации воспоминаний, лишает вновь приобретаемый опыт чувства агентности, поддерживая интрузивные процессы и повышая суицидальный риск [15].

Результаты исследования S.L. Halligan и соавт. [8] подтвердили теорию специфической обработки информации во время травмы в противовес категориальной. Уточнение получили идеи о связи между некатегориальным процессингом и дезорганизованными воспоминаниями, причём связь оставалась выраженной независимо от индивидуальных различий в диссоциации и тревожности как факторов, также участвующих в кодировании травматического события. В экспериментах обработка дистрессового материала повышала вероятность развития повторных переживаний и схожих с ПТСР симптомов, а степень

дезорганизации памяти была связана с последующим избеганием, ростом возбуждения и интрузиями. Дефицит произвольных воспоминаний опосредует связь стратегии когнитивной обработки и симптомов повторных переживаний, а различия в уровнях симптомов между группами, ориентированными на разные стратегии, оказались незначимы после контроля переменной дезорганизации памяти. Обсуждается, что в задачах на свободные воспоминания нормативное искажение информации может быть принято за дезорганизацию памяти. Достоверность запомненного оказывается несущественной по сравнению с организованным характером памяти, а фактически неверные, но структурированные воспоминания, вероятно, защищают от развития ПТСР, как и верные. Автобиографические воспоминания подвержены искажению, а неточности могут нарастать по мере обобщения новой информации, что следует учитывать при разработке стратегий вмешательства [8, 18].

Метакогнитивные стратегии, направленные на контроль интрузивных воспоминаний и мыслей о травме, играют важную роль в поддержании ПТСР. Отмечается дисфункциональное значение интрузий, однако не менее важным фактором выступают способы, используемые для их прекращения. Руминации, супрессия мыслей, отвлечение, избегание воспоминаний, в том числе диссоциативное, существенно коррелируют с тяжестью симптомов ПТСР. Избегание воспоминаний о травме — основной фактор поддержания симптомов ПТСР, внимание к интрузивным воспоминаниям и их мониторинг усиливают их частоту. Это препятствует оптимальной эмоциональной переработке переживаний и реструктуризации дисфункциональных представлений о травме, способствует облегчению перехода неконтролируемого психического опыта в направлении возникновения схожих с психотическими переживаний, в том числе голосов, мультисенсорных галлюцинаций [19]. Общий фактор диссоциации объясняет сходство между интрузиями и развивающимися на их основе галлюцинациями, характерными для ПТСР, обсуждается связь галлюцинаторного опыта с травмами как отдалённого, так и недавнего прошлого. Галлюцинации, по мнению S. McCarthy-Jones и E. Longden [20], определяются в качестве явления повторного переживания, однако продолжается дискуссия, являются ли «голоса» диссоциативным или психотическим феноменом [21]. Как и интрузии, они актуализируются помимо когнитивных усилий, им свойственны ошибки мониторинга источника, а диссоциация, специфичная при ПТСР, влияет на склонность к отчуждению опыта. Переживание травмы запускает негативные представления о себе, когда прежнее содержание сознания воспринимается как чуждое, а связи с другими прерываются [20]. Единство усиливающих интрузии факторов, неконтролируемая реалистичность повторных переживаний, приобретающих галлюцинаторную полноту, совокупно с преобразованной системой отношений с другими, связаны с высоким риском суицида.

Итак, многообразие путей участия диссоциации при ПТСР в формировании СП определяет важность детального анализа феномена в контексте современных моделей самоубийства, претендующих на большую прогностическую способность при лучшем понимании механизмов перехода от мыслей к действиям.

МОДЕЛИ СУИЦИДА «ОТ МЫСЛИ К ДЕЙСТВИЯМ». РОЛЬ ДИССОЦИАЦИИ В ПЕРЕХОДЕ ОТ ИДЕАЦИЙ К ПОПЫТКАМ САМОУБИЙСТВА

Механизмы, связывающие травму с СП, изучаются с помощью различных концепций, включая модели, объясняющие переход «от мыслей к действиям» [1–3]. Специфические травмы (жестокое обращение, насилие) облегчают динамическое движение от СМ к СП, особенно в группах высокого риска. Наличие ПТСР в этом отношении осложняет взаимосвязь и требует целенаправленных вмешательств [5]. Для объяснения связи между ДС и СП привлекается психологическая структура стрессовых расстройств и соответствующих им феноменов, поддерживающих симптомы. В ключевых психологических теориях обсуждается механизм приобретаемой за счёт свойств диссоциации способности к самоубийству, анализируются особенности ДС как способа отстранения от невыносимых переживаний.

Современные модели СП и антивита́льного поведения [1–3, 6, 22] предполагают изучение механизмов перехода от идеи к действиям и регулирующих баланс сдерживающих факторов с опорой на осмысление закономерностей динамики системных процессов. Концептуальное и эмпирическое обновление теорий «от мыслей к действиям», диктуемое актуальностью проблематики, затронуло целый ряд моделей, к примеру, динамическую модель антивита́льного и СП О.А. Сагалаковой и соавт. [1–3], интерперсональную теорию самоубийства Т. Joiner [23], трёхшаговую теорию E.D. Klonsky и A.M. May [24], интегративную мотивационно-волевую модель R.C. O'Connor [25], концепцию роли перфекционизма в формировании СП у молодёжи А.Б. Холмогоровой [6] и теорию флюидной уязвимости M.D. Rudd [26], которые согласуются с тем, что развитие СМ и переход от суицидального желания к попыткам — разные процессы с разными объяснениями. Ключевые факторы обсуждаемого перехода включают аффективные и когнитивные особенности, изменения в социальном и межличностном контекстах [1–3]. Попытки самоубийства не всегда воспринимаются суицидентами как запланированное действие, наличие СМ может отрицаться, поэтому наиболее перспективными моделями считают те, которые учитывают нелинейный динамический характер явления и системные факторы риска.

Теории «от мыслей к действиям» направлены на выявление центральных психологических факторов

суицидального риска (воспринимаемая обременённость, нарушенная принадлежность, чувство «загнанности в ловушку»), которые должны надёжно отличать склонных к суициду от тех, кто действительно совершает попытки самоубийства [25]. Факторы риска существенно отличаются у разных людей, отражая разнообразие путей движения к самоубийству. Способность к самоубийству значимо отличает тех, кто пытался покончить с собой, от имеющих СМ, но не предпринимающих попыток, при этом боль и безнадежность, согласно трёхшаговой теории, мотивируют суицидальное желание в большей степени, чем прочие факторы [22]. S. Levinger и соавт. [16] отмечают, что физическая диссоциация способствует суицидальности, особенно в сочетании с душевной болью и её низкой переносимостью среди молодёжи. Согласно теории приобретённой способности к суициду, свойства диссоциации, связанные с отстранением от эмоциональных и телесных переживаний, провоцируют СП. В рамках интерперсональной теории самоубийства, нарастание ДС предполагает и чувство социальной изоляции, усиливающей суицидальное желание [23].

В интегрированной теории эволюции суицида «боль и мозг» С.А. Soper [27] поддерживается мнение, что поиск прогностических биомаркеров суицидального риска вряд ли будет успешным, эффективными окажутся скорее превентивные решения в области общественного здравоохранения и ограничения доступа к летальным средствам. В современных подходах, основанных на теории сложных систем, в основе перехода от СМ к действиям осмысливаются нелинейные процессы [28]. СМ и связанные с ними факторы риска изменчивы и трансформируются в течение небольшого отрезка времени. Динамика суицидального действия характеризуется внезапными переходами от низкого к высокому риску, минуя промежуточные этапы СМ или планирования действий [1–3].

Согласно теории флюидной уязвимости, на СМ и попытки самоубийства во времени влияет непрерывное взаимодействие индивидуальных уязвимостей и ситуационных факторов. Риск самоубийства не статичен, колеблется с течением времени, отражая нетривиальную прогрессию риска [27]. Уровень уязвимости в течение жизни изменяется в зависимости от событий, состояния психического здоровья и факторов окружающей среды [24]. Теория согласуется с интерперсональной моделью, признавая роль воспринимаемой обременённости и низкой социальной принадлежности в формировании СП, однако стремится объяснить нелинейную прогрессию во времени СМ и попыток. Стратегии профилактики СП должны быть сосредоточены на устранении как индивидуальных уязвимостей, так и ситуационных триггеров [27]. Для дальнейшей разработки теорий «от мыслей к действиям» при самоубийстве необходимы лонгитюдные исследования.

НЕЛИНЕЙНАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ДИССОЦИАТИВНЫЙ РЕЖИМ РЕГУЛЯЦИИ ПСИХИКИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ОПЫТЕ

Утверждаемая в ряде исследований непредсказуемость СП осложняет оценку риска, предполагая, что традиционные модели прогнозирования могут оказаться неэффективными [27], и подчёркивая необходимость улучшения понимания суицида как универсального явления в контексте индивидуального случая. С учётом сильной вариативности суицидальных попыток для уточнения различных путей к самоубийству необходимы инновационные теоретические концепции и методы оценки. Двухсистемная модель суицидальности J. Brüdern и соавт. [29] опирается на концепт ограниченности ресурсов саморегуляции и предлагает две системы обработки информации и поведения: 1) рефлексивная система, в рамках которой суицидальные попытки рассматриваются с точки зрения саморегуляции и считаются поведением, направленным на преодоление воспринимаемых несоответствий в отношении целей; 2) импульсивная, в которой СМ и СП понимаются как самоорганизующаяся модель, активирующаяся при остром стрессе и истощении ресурсов рефлексивной системы.

Двухсистемная модель суицидальности согласуется с представлениями о саморегуляции в трудах А.Б. Холмогоровой [6], А.Г. Амбрумовой [22] и др., а также с положениями динамической модели антивитальности и жизнестойкости в объяснении закономерностей нелинейного перехода от антивитальных переживаний к СМ и СП [1–3]. Концепция подчёркивает важность нереализованности, конфликтности актуальных точек притяжения системы (мотивов) на фоне аномалий в регуляторных стратегиях и роста напряжения, в результате чего в системе могут появляться антивитальные траектории, притягивающие активность психики, с тенденцией к перестройке системы в направлении СП. Модель основана на теории сложных динамических систем, закономерностях явлений, описанных в теории катастроф и теории динамического хаоса в применении к биопсихосоциальным явлениям, согласуется с пониманием динамики травмы в осмыслении взаимосвязи с СП. В модели подчёркивается, как изначально незначительные изменения (стрессоры во взаимодействии с уязвимостью) через кумулятивный эффект самоусиления нестабильности в неравновесной открытой системе могут привести к её самоорганизации в направлении притягивающей траектории НССП и самоубийства по механизму внезапного перехода. Нарастающая кризисная дезорганизация в системе психической деятельности усиливает вероятности катастроф разного типа с целью резкого перехода к организующему хаосу режиму по антивитальному сценарию. Выбор суицида — радикальная,

парадоксально организующая форма завершения длительного напряжения, когда регуляция другими способами исчерпана или невозможна [1, 2].

СМ и СП выступают как регулировочный способ решения трудностей в направлении ослабления стресса и преодоления воспринимаемого несоответствия ожиданий и реальности. В то же время антивита́льная направленность конфликтует с личными целями, возникает мотивационная неопределённость в отношении к СП, которая может на время минимизировать риск, однако в таком состоянии приходится сдерживать суицидальные побуждения. Травматические межличностные переживания, усугубляемые руминативной обработкой опыта, создают пороговый эффект, когда происходит бифуркация от СМ к действиям. Травматический опыт первоначально способствует формированию или усилению диссоциации, запуская и поддерживая инертный диссоциативный режим функционирования психики, характеризующийся нарушением интеграции, отстранённостью, при котором на фоне ДС активность психики смещается в направлении резкого перехода к СП [1–3].

Риск СП можно представить в виде континуума, начинающегося с пассивных антивита́льных мыслей [22] и переходящего в активные СМ, планирование СП и в итоге в СП [1–3, 29]. Движение по континууму уровня риска связывают со снижением самоконтроля — усилия на уровне выходной функции не позволяют уменьшить расхождение между фактическим состоянием и желаемой целью. Человек может либо отказаться от желаемой цели или изменить её, либо продолжать саморегуляцию, пока расхождение не уменьшится, что может истощать ограниченные энергетические ресурсы, в особенности если цели нереалистичны, а способы саморегуляции неадаптивны [1–3, 6, 22]. Срыв регулирующих способностей в сочетании с несформированностью целеполагания делает человека уязвимым к состоянию истощения ресурсов, при котором влияние рефлексивной системы снижается, а дезадаптивных импульсивных суицидальных процессов усиливается [29]. По сравнению с целенаправленным СП, управляемым рефлексивной системой, такое поведение не активируется сознательной целью совершить самоубийство и не является обдуманным поступком. Как только устанавливается связь СМ и СП со снижением напряжения, она способна мгновенно активироваться при провоцирующих условиях.

При осмыслении суицидальности важно рассматривать неравновесную систему в поле динамического действия разнообразных сил, включая самоорганизующую силу баланса жизнеутверждающих факторов, вызывающих противодействие подготовленному предшествующим кумулятивным периодом, скачкообразного фазового перехода от СМ к СП. Нарушение регуляции эмоций, когнитивные и метакогнитивные искажения усиливают эмоциональные переживания, способствуя восприятию самоубийства как варианта прерывания невыносимого

опыта. Взаимодействие социокультурных и межличностных факторов может усугубить индивидуальную уязвимость и истощаемость ресурсов саморегуляции, приводя к СП [1, 2].

Перспективная модель саморегуляции, основанная на силе воли, М. Muraven и R.F. Baumeister [30]: действия по саморегуляции (подавление и сдерживание суицидальных импульсов для достижения долгосрочных целей) истощают энергию, снижая способность к дальнейшей саморегуляции, открывая путь для влияния импульсов на поведение и минимизируя влияние рефлексивной системы. Суицидальные импульсы — паттерн импульсивной системы с целью совладания с дистрессом без усилий в условиях ограниченности регулировочных ресурсов. Импульсивную систему обработки связывают с концепцией самоорганизации, которая характеризуется обработкой информации снизу вверх и является особенностью коннекционистских моделей, в которых нет центрального исполнительного механизма. Доминирующим механизмом импульсивной системы выступает редукция несоответствия или ошибки — система движется в сторону минимизации напряжения. Напряжение представляет собой сумму неудовлетворённых ограничений, при этом паттерны импульсивной системы возникают самоорганизующимся образом, создаются или укрепляются посредством многократной совместной активации стимулов, эмоциональных реакций и поведенческих тенденций. Импульсивная система молниеносно реагирует в условиях стресса.

Предположения коннекционистских моделей успешно применяли для моделирования возникновения СМ с помощью механизма *mindsponge* («губка разума») М.-Н. Nguyen и соавт. [31] или в модели сетевого анализа. Сетевая теория актуальна для изучения суицидального риска, для которого характерны системные взаимосвязи между факторами, однако специальных исследований недостаточно. На выборке молодого возраста D. De Beurs и соавт. [32] показали, что при анализе СП наибольшая часть дисперсии объясняется воспринимаемой обременённостью, ощущением «ловушки», симптомами депрессии и наличием в опыте СМ. Большинство исследований остаются в традиционных областях общественных наук, рассматривая СП как результирующую набора переменных, избегая объективных методов моделирования явлений. Посредством использования нечёткой математики Y. Xu и соавт. [33] разработали комплексную модель оценки риска самоубийства с учётом социальных и личностных факторов, нацеленную на определение нелинейного риска самоубийства.

В большинстве теорий СП с опорой на межгрупповой анализ изменения в психологическом состоянии осмысляются как предикторы СМ и СП. Всё ещё недостаточно эмпирических исследований, которые бы пролили свет на персонализированные динамические модели формирования суицидальной направленности. D.D.L. Coppersmith и соавт. [34] использовали в качестве математического

моделирования метод групповой итеративной множественной оценки модели для изучения интерперсональной теории самоубийств в контексте анализа персонализированных и общих путей суицидальности. При исследовании данных в режиме реального времени с участием взрослых и подростков, имевших СМ и СП, обнаружилось, что в обеих группах ни один из эффектов теории, включая эффект одномоментного перехода от безнадежности к СМ, не был общим на групповом уровне, что определяет вывод о неидентичности путей перехода от СМ и СП [1–3].

Поражение обсуждается как в мотивационно-волевой модели в качестве предиктора СМ, так и в модели «крика боли» J.M.G. Williams и L.R. Pollock [35], где оно концептуализируется в метафоре «прерванного полёта». СП осмыслено как поведенческий ответ на ситуацию, характеризующуюся чувством поражения, «ловушки», отсутствия путей к отступлению. Состояние загнанности в западню сочетается с желанием вырваться. По мнению D.C. Klein [36], унижение возникает, когда человек чувствует себя оскорблённым за то, кто он, а не за то, что им сделано. В рамках нарративной модели суицида S. Bloch-Elkouby и соавт. [4] состояние включает чувство отверженности и обременительности. В основе интерперсональной теории самоубийства эти чувства оказывают синергетическое влияние на СМ, при этом R.F. Baumeister, M.R. Leary [37] представили потребность в принадлежности как фундаментальное желание формировать позитивные межличностные связи.

В нарративной модели суицидального кризиса описывается последняя стадия и основная характеристика суицидального нарратива, характеризующаяся повторяющимся переживанием «загнанности в ловушку» с невозможностью вырваться. Симптомы кризиса включают аффективные, когнитивные, физиологические и поведенческие нарушения, при этом СМ не включены в синдром суицидального кризиса как имеющие низкую прогностическую способность [4].

Основываясь на концепции перехода «от мыслей к действиям», исследователи пересматривают факторы риска, чтобы различать мысли и попытки. Переменные обладают незначительной или умеренной способностью к дифференциации и прогнозированию самоубийства [24]. Сложный вопрос можно решить, определив промежуточные процессы, лежащие в основе перехода от СМ к СП. В концепции перехода «от мыслей к действиям» действие рассматривается только как попытка самоубийства или смерть в результате самоубийства, а широкий спектр различных типов СМ объединяется в идеи. Высокая неоднородность идей снижает способность факторов риска различать СМ и попытки самоубийства, поэтому уточнение промежуточных типов важно для выявления предикторов перехода.

В прямой прогностической способности СМ сомневаются и X. Hou и соавт. [38], которые изучили полезность феномена предсуицидальной попытки как промежуточного типа при переходе от СМ к попыткам в рамках концепции «от

мыслей к действиям». Предсуицидальные попытки опосредуют связь между СМ и попытками самоубийства и влияют на переносимость боли, бесстрашие перед смертью. Те, кто совершали попытки самоубийства, набрали больше баллов по шкале бесстрашия перед смертью и риском самоубийства, чем те, кто только размышлял о нём.

Вероятно, стандартные шкалы оценки риска самоубийства не подходят для измерения мгновенных, внешне внезапных изменений в остро возникшем суицидальном кризисе и имеют низкую клиническую ценность для прогнозирования попыток самоубийства. Ретроспективные методы могут быть неточными, особенно ограниченными в измерении временных связей между переменными. Поэтому в исследованиях самоубийств получили распространение методы мониторинга происходящих изменений в реальном времени [39]. Экологическая мгновенная оценка на мобильных устройствах предоставляет возможность измерять незначительные процессы, разворачивающиеся в конкретный момент, а также контексты без искажений, связанных с воспоминаниями, и может фиксировать колебания факторов риска. При измерении склонности к СП применяют альтернативы самоотчётам, например, тест неявных ассоциаций со смертью измеряет избирательность в отношении темы смерти.

В исследованиях T.E. Joiner и соавт. [40], включавших анализ видеозаписей случаев, выявлен клинически значимый индикатор готовности к суициду в виде аномально низкой частоты моргания и других аномалий взгляда, характерный, однако, не только при высоком риске самоубийства, но и при СМ и депрессии. Обнаруженные аномалии моргания, как и известный феномен так называемого взгляда за тысячу ярдов при ПТСР, являются признаками диссоциации и предшествуют суициду, в ряде случаев — расширенному, включая массовые убийства и самоубийство, иногда задолго до действий, означая длительный период антивитаальных переживаний и СМ, не выявленных в диагностике.

Итак, в моделях, стремящихся применять теорию нелинейных систем, современные приложения теории катастроф, теории хаоса к осмыслению законов динамики в биопсихосоциальных системах, в том числе при изучении динамики суицидальности («от мыслей к действиям») не всегда учитывается роль диссоциации как отстранения от нарастающего напряжения, которое может в краткосрочной перспективе облегчать состояние, но в долгосрочной — поддерживать сформировавшуюся патологическую систему балансировки, претендуя на параметр переключения режимов регуляции [2, 28]. Диссоциация при ПТСР рассматривается как процесс, усиливающий переход к самоубийству, подчёркивается её роль в отрыве от реальной жизни и преодолении трудностей, что может повысить вероятность СП [15]. Интеграция положений представленных теорий в приложении к задаче моделирования СП создаёт основу для уточнения понимания механизмов антивитального поведения, направленного на НССП или СП.

ДВУХПРОЦЕССНАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОСТИ, ВКЛАД ОЩУЩЕНИЯ «ЛОВУШКИ», ПОВТОРЯЮЩЕГОСЯ НЕГАТИВНОГО МЫШЛЕНИЯ И СУИЦИДАЛЬНЫХ РУМИНАЦИЙ В ФОРМИРОВАНИЕ РИСКА САМОУБИЙСТВА

Согласно двухпроцессной концептуализации суицидальности М.А. Olson и соавт. [41], автоматические (негативное самовосприятие) и управляемые когнитивные процессы влияют на СМ и СП, выступая их предшественниками. В двухпроцессных когнитивных моделях анализируемые процессы различаются по смежному воздействию на восприятие, суждения и поведение, на основе чего строятся прогнозы. Концептуализация самоубийства объединяет двухпроцессные модели социального познания с осмыслением СП в динамике «от мысли к действиям». Модель описывает связанные с самоубийством автоматические ассоциации, включающие себя, других, будущее, смерть и телесные повреждения; мотивы, включающие себя, межличностные отношения, будущее и желание умереть; гипотезы относительно условий, при которых автоматические ассоциации и мотивы по отдельности и во взаимодействии влияют на СМ и действия на разных этапах траектории «от мыслей к действиям». Автоматические ассоциации, связанные со смертью, НССП и безнадёжностью, характерны после травматических переживаний, эти ассоциации вызывают СМ без сознательного обдумывания в условиях ограниченных когнитивных ресурсов.

Управляемые процессы (произвольное мышление, рефлексия) могут использоваться при оценке собственных СМ, что либо усиливает их, либо ослабляет в зависимости от совладающих способностей и эмоционального состояния [41]. В отличие от автоматических реакций, размышление побуждает рассматривать альтернативные точки зрения, снижая вероятность импульсивных действий, позволяя принимать решения с учётом контекста и последствий. Метакогнитивный мониторинг и контроль предполагают анализ мыслительных процессов, в определённой степени улучшая понимание надёжности умозаключений. Однако избыточный процессинг в виде повторяющегося негативного мышления (repetitive negative thinking, RNT) приводит к усиливающему ДС эффекту, при котором дальнейший рост произвольного контроля над мыслями усугубляет ситуацию.

RNT как нелинейный феномен понимается в качестве трансдиагностического фактора суицидальности, неблагоприятно влияя на настроение и промежуточные предикторы риска, представляет неадаптивный мыслительный процесс, включающий руминации и беспокойство. Руминации и их подтип brooding (тягостные размышления)

ассоциированы с СМ [42]. Беспокойство направлено в будущее и характерно для тревожных расстройств, а руминации сосредоточены на прошлом и свойственны депрессии. Доминирует фрагментарное изучение связей между RNT и риском самоубийства, так как подавляющая часть исследований сосредоточена на включении в анализ отдельных расстройств. Подтипы RNT обусловлены общим процессом [42], имеющим три свойства: (1) цикличность, неотвязность мышления; (2) непродуктивность, то есть отсутствие решения проблемы и прогнозирования; (3) значительные когнитивные затраты.

При ПТСР характерны руминации о том, почему произошла травма, что выступает стратегией избегания как сфокусированности на состоянии, а не на самом событии. А. Wells и S. Sembi [43] предположили, что руминация блокирует эмоциональную обработку травмирующих переживаний и связывает их с другими стимулами, повышая их доступность в сетях памяти, поддерживая симптомы ПТСР. RNT, руминации опосредованно способствуют росту хаотических преобразований за счёт неконтролируемости процессов с непродуктивными попытками блокировать интрузивные мыслеобразы. Циклический инертный процесс, усиливающий возбуждение, изнуряющий ресурсы за счёт положительной обратной связи (большая супрессия усиливает процессинг, усиление процессинга приводит к большей супрессии и т.д.), движется в направлении к инверсии сложившегося режима, создавая предпосылки для внезапного изменения саморегуляции там, где прямое воздействие на процесс невозможно или приводит к обратному эффекту [1, 2].

Затраты энергии без разрешения проблемы могут выступать условием эскалации диссоциации как протективного способа отстранения от ретравматизирующих образов, временно ослабляя вовлечённость в повторяющееся мышление. В перспективе ДС дополнительно подкрепляют дисфункциональный стиль, а диссоциативно сниженная эмоциональная и телесная чувствительность повышает риск СП. При ПТСР человек переживает навязчивые воспоминания о травме в виде интрузий. Из-за особенностей деконтекстуализированной кодировки и хранения информации о травме воспоминания возникают помимо воли, в то время как метакогнитивное подавление воспоминания усиливает его [18].

Модели риска самоубийства подчёркивают переменные, дающие вклад в риск СМ и СП, такие как связь между негативными мыслями, ухудшением настроения и самоубийством (включая персеверацию, характерную для негативного межличностного содержания), а также воспринимаемую непреодолимость мыслей и чувство «загнанности в ловушку». Руминация усиливает негативные эмоции и мыслительные процессы, которые вторично поддерживают руминации (модель интерактивной руминации и модель эмоционального каскада). Переживание попадания в петлю непродуктивных размышлений обостряет ощущение внутренней «ловушки», порождает чувство

безнадёжности, что может привести к рассмотрению самоубийства как средства вырваться из порочного круга. RNT косвенно повышает суицидальный риск через ухудшение настроения, поскольку метакогнитивные попытки остановить интрузии непродуктивны [25]. Ощущение «ловушки» опосредует связь между руминациями и СМ независимо от симптомов депрессии и тревоги, а мысли, ассоциированные с самоубийством, могут восприниматься как неконтролируемые [42].

Оценка RNT может производиться с помощью трансдиагностической шкалы, позволяющей зафиксировать ключевые особенности процесса (повторяемость, непродуктивность), без акцентирования содержания мыслей и их временной направленности. Высокие уровни мышления сопряжены с СМ вне зависимости от эффектов тревоги и депрессии. Восприятие непродуктивности RNT и его основные характеристики сопряжены с СМ [7]. Ощущение заикливания в устойчивых руминациях на тему межличностных травм интенсифицирует суицидальный риск через рост безнадёжности. Трудности переключения от персеверативного обдумывания объясняются нарушениями нейрокогнитивных ресурсов, что провоцирует самовоспроизводимый когнитивный цикл, определяющий дефицит контроля над содержанием мышления, нарастание негативного аффекта и руминаций [42], а также инициирующий СМ и СП [13].

Отсутствие воспринимаемого когнитивного контроля связано с СМ и СП, в том числе в результате диссоциации как способа отчуждения от невыносимых, возникающих помимо воли мыслей. Среди различных характеристик руминации именно низкая контролируемость была однозначно связана с СМ, планированием и попытками самоубийства. Состояние чрезмерной руминации (руминативное затопление) определяется как признак высокого риска СП. В структуре RNT выделяют специфичные для суицида руминации, которые связаны с СМ и СП и могут быть взаимозависимы. Особенности руминации о суициде свидетельствуют о том, что СМ — подтип RNT. M.L. Rogers и соавт. [42] предположили, что наравне с широко известными факторами риска (СМ, глобальные руминации, депрессия, тревога) специфические руминации лучше предсказывают СМ и СП, чем глобальные руминации или общее RNT. Взаимосвязь суицидальных руминаций, СП и СМ опосредована острым суицидальным состоянием, а руминации о самоубийстве в будущем тесно связаны с намерением СП, что измерялось бесхитростным вопросом: «Как бы вы оценили свое текущее намерение совершить попытку самоубийства в ближайшем будущем?»

В исследованиях руминаций о самоубийстве M.L. Rogers и соавт. [42] использовали версию шкалы суицидальных руминаций (Suicide Rumination Scale, SRS), регистрирующую фиксацию на суицидальных мыслях, намерениях и планах. По мнению T. Teismann и соавт. [44], пункты SRS смешивают подготовку к суициду, мысленные репетиции с общими чертами RNT, в результате они модифицировали

опросник персеверативного мышления (Perseverative Thinking Questionnaire, PTQ) для разработки опросника персеверативных размышлений о самоубийстве (Perseverative Thinking about Suicide Questionnaire, PTSQ). Руминации о самоубийстве, измеренные с помощью PTSQ, дифференцировали совершивших попытку самоубийства от имевших СМ в прошлом, предсказывали попытки суицида и объясняли связь между СМ и СП.

I. Höller и соавт. [45] изучили психометрические свойства PTSQ на выборке участников с СМ в течение жизни в рамках проекта о психологической нагрузке, СМ у работников здравоохранения. В результате проверки модели с помощью конфирматорного факторного анализа была определена оптимальная структура опросника, состоящая из четырёх пунктов: (1) я не могу перестать думать о самоубийстве; (2) я заиклился на мыслях о самоубийстве и не могу от них избавиться; (3) я всё время думаю о самоубийстве; (4) я чувствую себя вынужденным продолжать думать о самоубийстве. Те участники, у кого в последние четыре недели возникали СМ, сообщали о большем количестве суицидальных руминаций, чем те, у кого СМ не отмечались. Сообщившие о попытках в прошлом чаще имели суицидальные руминации, чем участники без попыток, но с СМ, поэтому данный тип руминаций является более серьёзным фактором риска, чем неспецифический тип.

Существуют противоречивые данные касательно связи RNT с СП. S.L. Johnson и соавт. [46] утверждают, что переменные не имеют существенной связи в течение жизни, а M.M. Caudle и соавт. [7] обнаружили, что RNT напрямую коррелирует с группой риска суицида, независимо от тяжести депрессии и тревожности, вероятно, связь увеличивается при учёте специфического типа RNT (суицидальные руминации). Методы когнитивно-поведенческой психотерапии, нацеленные на трансдиагностический процесс RNT, — важная и обоснованная часть психологического вмешательства для развития навыков саморегуляции при суицидальном кризисе и профилактики кумуляции динамического напряжения в системе психической деятельности с риском актуализации внезапного перехода в направлении СП [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В моделях самоубийства обсуждаются механизмы перехода «от мыслей к действиям» и промежуточные переменные, влияющие на риск, что особенно актуально в контексте проблемы универсальности и внешней внезапности суицида. Диссоциация, повторяющееся негативное мышление и руминации, особенно о суициде, представляются ключевыми медиаторами перехода «от мыслей к действиям» как нелинейного динамического процесса. Симптомы ПТСР тесно связаны с риском СП, но требуются дальнейшие исследования надёжных предикторов, опосредующих связь с опорой на методологию психологической науки.

Роль СМ как механизма СП до конца не определена, так как их прямая диагностика при ДС, переживаниях, схожих с психотическими, затруднительна. Травматические воспоминания, включённые в суицидальный нарратив, фрагментированы, произвольно неконтролируемы, причём нередко наблюдаются ДС, на фоне которых отрицание СМ и даже попыток — ненадёжный индикатор суицидальности.

Прогностический потенциал СМ может снижать как нечёткость дефиниции понятия в моделях, так и недостатки оценки риска. Возникает необходимость обновлённой диагностики СМ и факторов риска СП, включая выявление избирательности к теме смерти, RNT. Рассматриваются альтернативные индикаторы прогноза, например, аномалии моргания взгляда. Сопровождающая весь нелинейно развивающийся путь перехода «от мыслей к действию» диссоциация, связанная с травматическими переживаниями, усиливает НССП, СМ, СП, а также риск перехода к самоубийству посредством снижения чувствительности к эмоциональным и физическим страданиям, отстранённости от себя и других.

Обобщённые данные свидетельствуют о кризисе прогностического потенциала классических предикторов СП. Интеграция преимуществ моделей, учитывающих нелинейный динамический характер траектории развития суицидальности и системные факторы риска, представляется наиболее перспективной.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. О.А. Сагалакова — основная идея и методологическая логика статьи, подбор источников для систематизации, анализ литературных источников, структурирование, написание текста и редактирование статьи; Д.В. Труевцев — основная идея и методологическая логика статьи, подбор источников для систематизации, анализ литературных источников, подготовка и написание текста статьи, редактирование; О.В. Жирнова — подбор источников, анализ и обобщение литературных источников, подготовка и написание текста статьи, редактирование. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источники финансирования. Научное исследование проведено при поддержке Российского научного фонда (грант РНФ № 24-28-01847).

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Доступ к данным. Редакционная политика в отношении совместного использования данных к настоящей работе не применима.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовались.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали члены редакционной коллегии и научный редактор издания.

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contribution: O.A. Sagalakova — key idea and methodological logic of the article, selection of sources for systematization, literature sources analysis; structuring, text writing and editing of the article; D.V. Truevtsev — key idea and methodological logic of the article, selection of sources for systematization, literature sources analysis, drafting and writing of the article text, editing, editing; O.V. Zhirnova — selection of sources, literature sources analysis and synthesis, drafting and writing of the article text, editing. All authors confirm that their authorship meets the international ICMJE criteria (all authors have made a significant contribution to the development of the concept, research and preparation of the article, read and approved the final version before publication).

Funding sources: This work was supported by the Russian Science Foundation (grant RSF, project number 24-28-01847).

Disclosure of interests: The authors have no relationships, activities or interests for the last three years related with for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality: In creating this work, the authors did not use previously published information (text, illustrations, data).

Data availability statement: The editorial policy regarding data sharing does not apply to this work.

Generative AI: Generative AI technologies were not used for this article creation.

Provenance and peer-review: This paper was submitted to the journal on an unsolicited basis and reviewed according to the usual procedure. Members of the editorial board, and the scientific editor of the publication participated in the review.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Sagalakova OA, Truevtsev DV. Anti-vitality and resilience questionnaire. *Meditsinskaya Psikhologiya v Rossii*. 2017;9;(2):4. [cited 2024 Sept 12]. Available from: <http://mprj.ru> (In Russ.)
2. Sagalakova OA, Truevtsev DV, Sagalakov AM. *Impaired cognitive regulation of social anxiety in individual behavior*. Tomsk: Publ. of Tomsk State University; 2016. 107 p. (In Russ.)
3. Sagalakova OA, Truevtsev DV, Stoyanova IYa, Sagalakov AM. Systematic approach to the study of life-threatening and suicidal behavior. *Meditsinskaya Psikhologiya v Rossii*. 2015;(6). [cited 2024 Sept 12]. Available from: <http://mprj.ru> (In Russ.)
4. Bloch-Elkouby S, Rogers ML, Goncarenco I, et al. The narrative crisis model of suicide: A review of empirical evidence for an innovative dynamic model of suicide and a comparison with other theoretical frameworks. *Pers Med Psychiatry*. 2024;45–46(8):100131. doi: 10.1016/j.pmp.2024.100131
5. Jannini TB, Longo L, Rossi R, et al. Complex post-traumatic stress disorder (cPTSD) and suicide risk: A multigroup mediation analysis exploring the role of post-traumatic symptomatology on hopelessness. *J Psychiatr Res*. 2023;165:165–169. doi: 10.1016/j.jpsychires.2023.07.032
6. Kholmogorova AB. Suicidal behavior: theoretical model and practical implications in cognitive-behavioral therapy. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2016;24(3):144–163. doi: 10.17759/cpp.20162403009 EDN: WMJCOF
7. Caudle MM, Dugas NN, Patel K, et al. Repetitive negative thinking as a unique transdiagnostic risk factor for suicidal ideation. *Psychiatry Res*. 2024;334:115787. doi: 10.1016/j.psychres.2024.115787
8. Halligan SL, Clark DM, Ehlers A. Cognitive processing, memory, and the development of PTSD symptoms: two experimental analogue studies. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2002;33(2):73–89. doi: 10.1016/s0005-7916(02)00014-9

9. Whiteman SE, Lee DJ, Kramer LB, et al. Subgroup differences in PTSD symptom presentations: a latent class analysis. *Eur J Trauma Dissoc.* 2024;8(3):100430. doi: 10.1016/j.ejtd.2024.100430
10. Hyland P, Shevlin M, Fyvie C, et al. The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD and dissociative experiences. *J Trauma Dissociation.* 2020;21(1):62–72. doi: 10.1080/15299732.2019.1675113
11. Fung HW, Lam SKK, Wong JY-H. DSM-5 BPD and ICD-11 complex PTSD: Co-occurrence and associated factors among treatment seekers in Hong Kong. *Asian J Psychiatr.* 2024;101:104195. doi: 10.1016/j.ajp.2024.104195
12. Schiavone FL, Frewen P, McKinnon M, Lanius RA. The dissociative subtype of PTSD: an update of the literature. *PTSD Research Quarterly.* 2018;29(3):1–13.
13. Herzog S, Keilp JG, Galfalvy H, et al. Attentional control deficits and suicidal ideation variability: an ecological momentary assessment study in major depression. *J Affect Disord.* 2023;323:819–825. doi: 10.1016/j.jad.2022.12.053
14. Orsolini L, Corona D, Cervelli AL, et al. The role of Theory of Mind in the transition towards suicidal attempts in youth NSSI: An exploratory pilot study. *Front Psychiatry.* 2024;15:1403038. doi: 10.3389/fpsy.2024.1403038
15. Shelef L, Korem N, Zalsman G. Dissociation and habituation as facilitating processes among suicide behaviours. In: U. Kumar (editor). *Handbook of suicidal behavior.* Springer Nature Singapore Pte Ltd; 2017. P. 221–237. doi: 10.1007/978-981-10-4816-6_12
16. Lvinger S, Somer E, Holden RR. The importance of mental pain and physical dissociation in youth suicidality. *J Trauma Dissociation.* 2015;16(3):322–339. doi: 10.1080/15299732.2014.989644
17. Fakhry H. Dissociative phenomena in attempted suicide. *Egypt J Psychiatry.* 2015;36(1):45. doi: 10.4103/1110-1105.153779
18. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 2000;38(4):319–345. doi: 10.1016/s0005-7967(99)00123-0
19. Sagalakova OA, Truetsvet DV, Zhirnova OV. Psychotic experiences questionnaire. Part 1. *Neurology Bulletin.* 2024;56(1):23–36. doi: 10.17816/nb623959 EDN: AXCUPS
20. McCarthy-Jones S, Longden E. Auditory verbal hallucinations in schizophrenia and post-traumatic stress disorder: common phenomenology, common cause, common interventions? *Front Psychol.* 2015;6:1071. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01071
21. Mendelevich VD. “New hysteria”: dissociative disorders in psychoneurological practice. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy.* 2024;26(4):35–38. doi: 10.62202/2075-1761-2024-26-4-35-38 EDN: HUXAJI
22. Ambrumova AG. Analysis of the states of the psychological crisis and their dynamics. *Psikhologicheskii Zhurnal.* 1985;6(6):107–115. (In Russ.)
23. Joiner T. *Why people die by suicide.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 2005. 288 p.
24. Klonsky ED, May AM. The three-step theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the «ideation-to-action» framework. *Int J Cogn Ther.* 2015;8(2):114–129. doi: 10.1521/ijct.2015.8.2.114
25. O'Connor RC. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis.* 2011;32(6):295–298. doi: 10.1027/0227-5910/a000120
26. Rudd MD. Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In: T.E. Ellis (editor). *Cognition and suicide: theory, research, and therapy.* American Psychological Association; 2006. P. 355–368. doi: 10.1037/11377-016
27. Soper CA. Suicide as a by-product of “Pain and Brain”. In: *The evolution of suicide (evolutionary psychology).* Springer, Cham; 2018. P. 71–123. doi: 10.1007/978-3-319-77300-1_3
28. Bryan CJ, Butner JE, Tabares JV, et al. A dynamical systems analysis of change in PTSD symptoms, depression symptoms, and suicidal ideation among military personnel during treatment for PTSD. *J Affect Disord.* 2024;350:125–132. doi: 10.1016/j.jad.2024.01.107
29. Brüderl J, Glaesmer H, Berger T, Spangenberg L. Understanding suicidal pathways through the lens of a dual-system model of suicidality in real-time: the potential of ecological momentary assessments. *Front Psychiatry.* 2022;13:899500. doi: 10.3389/fpsy.2022.899500
30. Muraven M, Baumeister RF. Self-regulation and depletion of limited resources: does self-control resemble a muscle? *Psychol Bull.* 2000;126(2):247–259. doi: 10.1037/0033-2909.126.2.247
31. Nguyen M-H, La V-P, Le T-T, Vuong Q-H. Introduction to bayesian mindsponge framework analytics: an innovative method for social and psychological research. *MethodsX.* 2022;9:101808. doi: 10.1016/j.mex.2022.101808
32. De Beurs D, Fried EI, Wetherall K, et al. Exploring the psychology of suicidal ideation: a theory driven network analysis. *Behav Res Ther.* 2019;120:103419. doi: 10.1016/j.brat.2019.103419
33. Xu Y, Shang L, Xu J, et al. Suicide risk assessment model based on fuzzy mathematics. In: X Yang, CD Wang, MS Islam, Z Zhang (editors). *Advanced data mining and applications. ADMA 2020. Lecture notes in computer science.* Springer, Cham; 2020;12447:595–609. doi: 10.1007/978-3-030-65390-3_45
34. Coppersmith DDL, Kleiman EM, Millner AJ, et al. Heterogeneity in suicide risk: evidence from personalized dynamic models. *Behav Res Ther.* 2024;180:104574. doi: 10.1016/j.brat.2024.104574
35. Williams JMG, Pollock LR. Psychological aspects of the suicidal process. In: K. van Heeringen (editor). *Understanding suicidal behaviour: The suicidal process approach to research, treatment and prevention.* Chichester: John Wiley & Sons; 2001. P. 76–94.
36. Klein DC. The humiliation dynamic: an overview. *J Prim Prev.* 1991;12(2):93–121. doi: 10.1007/BF02015214
37. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull.* 1995;117(3):497–529. doi: 10.1037/0033-2909.117.3.497
38. Hou X, Yang Y, Su Z, et al. Pre-suicidal attempt: an intermediate type within ideation-to-action framework. *J Psychiatr Res.* 2024;178:139–146. doi: 10.1016/j.jpsychires.2024.08.011
39. Ammerman BA, Law KC. Using intensive time sampling methods to capture daily suicidal ideation: a systematic review. *J Affect Disord.* 2021;299:108–117. doi: 10.1016/j.jad.2021.10.121
40. Joiner TE, Horn MA, Rogers ML, et al. Staring down death. Is abnormally slow blink rate a clinically useful indicator of acute suicide risk? *Crisis.* 2016;37(3):212–217. doi: 10.1027/0227-5910/a000367
41. Olson MA, McNulty JK, March DS, et al. Automatic and controlled antecedents of suicidal ideation and action: a dual-process conceptualization of suicidality. *Psychol Rev.* 2022;129(2):388–414. doi: 10.1037/rev0000286
42. Rogers ML, Law KC, Houtsma C, et al. Development and initial validation of a scale assessing suicide-specific rumination: the suicide rumination scale. *Assessment.* 2022;29(8):1777–1794. doi: 10.1177/10731911211033897
43. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2004;35(4):307–318. doi: 10.1016/j.jbtep.2004.07.001
44. Teismann T, Forkmann T, Michalak J, Brailovskaia J. Repetitive negative thinking about suicide: associations with lifetime suicide attempts. *Clin Psychol Europe.* 2021;3(3):e5579. doi: 10.32872/cpe.5579
45. Höller I, Teismann T, Forkmann T. Perseverative thinking about suicide questionnaire (PTSQ): validation of a new measure to assess suicide-specific rumination. *Compr Psychiatry.* 2022;112:152287. doi: 10.1016/j.comppsy.2021.152287
46. Johnson SL, Robison M, Anvar S, et al. Emotion-related impulsivity and rumination: unique and conjoint effects on suicidal ideation, suicide attempts, and nonsuicidal self-injury across two samples. *Suicide Life Threat Behav.* 2022;52(4):642–654. doi: 10.1111/sltb.12849

ОБ АВТОРАХ

*** Сагалакова Ольга Анатольевна**, канд. психол. наук, доцент, старший научный сотрудник;
адрес: Россия, 127051, Москва, ул. Сретенка, д. 29;
ORCID: 0000-0001-9975-1952;
eLibrary SPIN: 4455-7179;
e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Труевцев Дмитрий Владимирович, канд. психол. наук, доцент, старший научный сотрудник;
ORCID: 0000-0003-4246-2759;
eLibrary SPIN: 2983-0984;
e-mail: truevtsev@gmail.com

Жирнова Ольга Владимировна, младший научный сотрудник;
ORCID: 0000-0002-6680-8286;
eLibrary SPIN: 6870-8526;
e-mail: olga.zhirnova.2015@mail.ru

AUTHORS' INFO

*** Olga A. Sagalakova**, Cand. Sci. (Psychology), Assistant Professor, Senior Research Associate;
address: 29 Sretenka st, Moscow, Russia, 127051;
ORCID: 0000-0001-9975-1952;
eLibrary SPIN: 4455-7179;
e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Dmitry V. Truevtsev, Cand. Sci. (Psychology), Assistant Professor, Senior Research Associate;
ORCID: 0000-0003-4246-2759;
eLibrary SPIN: 2983-0984;
e-mail: truevtsev@gmail.com

Olga V. Zhirnova, Junior Research Associate;
ORCID: 0000-0002-6680-8286;
eLibrary SPIN: 6870-8526;
e-mail: olga.zhirnova.2015@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author