

## ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕМ ПОВЕДЕНИИ

*Александр Станиславович Граница*

*Казанский (Приволжский) федеральный университет,  
420008, г. Казань, ул. Кремлевская, 18, e-mail: hebechblu@yandex.ru*

### Реферат

В данной обзорной статье рассмотрены исследования и практические руководства по применению когнитивно-поведенческого подхода в психотерапии при самоповреждающем поведении. Самоповреждение — острая проблема современной психиатрии, психотерапии и клинической психологии, затрагивающая в основном молодой возраст. Значительная часть исследований по оказанию помощи посвящена когнитивно-поведенческой терапии и близким к ней направлениям. Учитывая сложность феномена самоповреждений, в первой части статьи освещены теоретические модели, которые лежат в основе применяемых подходов. Затем проведен обзор исследований, посвященных различным направлениям психотерапии при самоповреждающем поведении. Рассмотрены основные техники и базовые принципы проведения когнитивно-поведенческой психотерапии, приведены иллюстрирующие практические примеры. Сделан вывод, что качество доказательств в настоящий момент недостаточное, однако методы когнитивно-поведенческого подхода признаны «хорошо зарекомендовавшими себя» и «перспективными» для оказания помощи пациентам данной группы.

**Ключевые слова:** диалектико-поведенческая терапия, когнитивно-поведенческая терапия, психотерапия, самоповреждающее поведение, суицидальный риск.

### APPLICATION OF THE COGNITIVE-BEHAVIORAL APPROACH IN PSYCHOTHERAPY FOR SELF-HARMING BEHAVIOR

Alexander S. Granitsa

*Kazan (Volga Region) Federal University,  
420008, Kazan, Kremlevskaya str., 18,  
e-mail: hebechblu@yandex.ru*

### Abstract

This review article discusses research and practical guidelines on the use of the cognitive behavioral approach in psychotherapy for self-harming behavior. Self-harm is an acute problem of modern psychiatry, psychotherapy and clinical psychology, affecting mainly young people. A significant part of the research on assistance is devoted to cognitive behavioral therapy and related areas. Given the complexity of the phenomenon of self-harm, the first part of the article considers the theoretical models that underlie the applied ones. This was followed by a review of studies on various areas of psychotherapy for self-harming behavior. The main techniques and basic principles of cognitive-behavioral psychotherapy were considered, and illustrative practical examples were given. It is concluded that the quality of evidence is currently insufficient, but the methods of the cognitive-behavioral approach are recognized as “well-established” and “promising” for helping patients in this group.

**Keywords:** dialectical-behavioral therapy, cognitive-behavioral therapy, psychotherapy, self-harming behavior, suicidal risk.

Проблема самоповреждающего поведения, безусловно, является одной из наиболее социально-значимых в современной психиатрии, клинической психологии и психотерапии [1]. Акты самоповреждения происходят при умственной отсталости, шизофрении, аутизме, аддикциях, пограничном и других расстройствах личности, расстройствах настроения, тревожном и посттравматическом стрессовом расстройствах, некоторых тяжёлых соматических заболеваниях. Могут также встречаться в качестве доклинических форм.

В зависимости от патогенетических механизмов такого поведения (связанного и не связанного с психопатологией) психотерапии отводят разное, но в то же время значимое место. Во многих случаях рекомендуют сочетание психофармакотерапии, психотерапии и различных подходов к коррекции социальных условий. В рамках настоящего обсуждения мы сосредоточимся на психотерапевтических вмешательствах при самоповреждающем поведении, разработанных в русле когнитивно-поведенческого подхода.

**Определение и модели самоповреждающего поведения.** Самоповреждающее поведение — понятие, охватывающее широкий круг действий, связанных с намеренным физическим повреждением собственного тела. К этим действиям относят порезы на коже, удары по телу, ожоги раскалёнными предметами, прикусывание губ и языка, уколы иглой или другими острыми предметами, расчёсывание кожи и т.п. [2]. Самоповреждения могут быть ассоциированы с суицидальным поведением, но способны встречаться и как самостоятельные акты [2–4].

Критерии дифференциации суицидального и несуйцидального самоповреждения [4]

Критерии	Суицидальное	Несуйциальное
Первичное намерение	Намерение умереть	Сохранение жизни, разрушение тела
Общее намерение	Бегство от душевной боли и сознания	Бегство от душевной боли путём её превращения в физическую боль
Функции	Снижение напряжения, чувство облегчения	Управление и выживание (например, снижение напряжения и страха), функции, связанные с эго, функции, связанные с правильным опытом, наказание себя, обеспечение стимуляции
Вероятность смерти	Высокая	Низкая
Число способов	Обычно один	Обычно несколько
Хронификация	Редкая	Частая
Ментальная боль	Настойчивая, невыносимая	Прерывистая
Когнитивное сужение	Высокое, самоубийство рассматривается как единственное решение	Низкое или отсутствует
Безнадёжность и беспомощность	Константа, занимает центральное место	Переменная, не доминирует
Дискомфорт	Усиливается после попытки самоубийства	Уменьшается после самоповреждения

Существуют указания на то обстоятельство, что несуйцидальное самоповреждение увеличивает риск суицида в связи с различными механизмами (нечувствительность, стремление привыкнуть к страху и боли, репетиция суицида и пр.) [1]. Однако есть данные, что несуйцидальное самоповреждение может не влиять на суицидальное поведение, поскольку преследует другие цели (удовольствие, регуляция эмоций, социальная коммуникация и пр.) [5, 6]. Такое разделение суицидального и несуйцидального самоповреждения может иметь большое значение при составлении психотерапевтической программы помощи с включением разных задач и подходов. Однако оценка суицидального риска и насторожённость также становятся необходимыми действиями [2].

Суицидальное поведение — потенциально самоповреждающее поведение, осуществляемое с некоторым намерением умереть (то есть вызвать собственную смерть) в результате такого поведения [1]. Цели или функции несуйцидального самоповреждения обычно заключаются в том, чтобы уменьшить негативные эмоции или отвлечься от них, наказать себя и/или уменьшить чувство онемения или диссоциации [7, 8].

В статье J. Halicka и соавт. [4] проанализированы принципы разделения суицидального и несуйцидального самоповреждения, которые представлены в табл. 1. Эти данные показывают, что терапевтические подходы могут значимо

различаться по своей направленности, исходя из целевых особенностей поведения.

Факторы риска суицида при несуйцидальных самоповреждениях — женский пол, низкий экономический статус, импульсивность, рискованное для здоровья поведение, низкая сплочённость семьи. Для подросткового возраста, кроме того, значимым может оказаться повторное вступление в брак родителей, сниженные компетенции самих подростков по когнитивной и поведенческой саморегуляции [9].

Теоретические модели и концепции самоповреждающего поведения можно разделить на биологические и психосоциальные. В биологических подходах придают большое значение нейробиологическим механизмам, ассоциированным с самоповреждением, проводят параллели с таким поведением на животных моделях. Психосоциальные модели строят из различных теоретических принципов: теории научения, психодинамические теории, теории обмена, когнитивные модели и т.д. Рассмотрение всех этих точек зрения в полном объёме затруднительно в рамках данной работы, поэтому остановимся прежде всего на моделях, имеющих прямое отношение к последующему обсуждению психотерапевтических программ.

Согласно когнитивной модели, в основе суицидального и самоповреждающего поведения лежит определённая когнитивная схема,

его запускающая [10, 11]. Активизация схемы ведёт к активации соответствующих когнитивных процессов: повышенному вниманию к триггерам (провокаторам самоповреждающего поведения) и фиксации на мысли, что самоповреждение — единственное решение проблемы. Источники этих схем, согласно когнитивной модели, коренятся в прошлом опыте человека, ценностях и убеждениях, которые он усвоил в детском или более позднем возрасте. К примеру, глубинное убеждение в том, что «я не заслуживаю любви», сформированное под влиянием событий детско-подросткового периода, может привести к формированию жёстких требований к себе: соответствовать неким стандартам, которые будут считаться залогом привлекательности для других людей. При невыполнении этих требований активируется глубинное убеждение, что приводит к интенсивной эмоциональной реакции, например в случае неудачи на работе. В таком случае самоповреждение может выступить в роли своеобразного копинга, помогающего «наказать себя» за неисполнение требования и тем самым «оградить себя в будущем».

Комплексная функциональная модель описывает четыре первичные функции самоповреждения [2]:

- 1) автоматическое негативное подкрепление («остановить плохие чувства»);
- 2) автоматическое позитивное подкрепление («почувствовать хоть что-то, даже боль»);
- 3) социальное негативное подкрепление («избежать неприятного дела, которое ты не хочешь делать»);
- 4) социальное позитивное подкрепление («привлечь внимание»).

Аддиктивная модель предполагает, что активация антиноцицептивной системы после акта самоповреждения приводит к выбросу эндогенных опиатов, что вызывает временное ощущение удовольствия. Это может служить в качестве позитивного подкрепления подобного поведения. С другой стороны, самоповреждение может подкрепляться вследствие облегчения негативного эмоционального состояния, выступая в качестве приемлемого и доступного средства самопомощи. Также самоповреждение может способствовать избеганию ожидаемого негативного переживания, что также становится подкреплением. В некоторых случаях самоповреждение становится также средством для самостимуляции: испытать интенсивные ощущения, что может

быть примером своеобразного снятия абстинентного синдрома — скуки или негативных эмоций. У самоповреждающего и аддиктивного поведения можно обнаружить черты сходства:

- со временем повысилась частота и/или степень тяжести самоповреждений, что обусловлено, в частности, стремлением достичь желаемого эффекта;
- они не могут не наносить самоповреждения, несмотря на то, что понимают вредоносность подобных действий, это их расстраивает и вызывает социальные проблемы;
- при прекращении самоповреждения возрастает напряжение;
- самоповреждающее поведение занимает много времени [2].

Однако в то же время есть и серьёзные различия. Прежде всего, они заключаются в том, что при аддиктивном поведении гедонистический мотив бывает ключевым, в то время как при самоповреждении наиболее важен мотив избегания негативных переживаний.

Модель эмоциональной дисрегуляции рассматривает самоповреждающее поведение как результат деструктивной попытки управлять своим эмоциональным состоянием [7, 12, 13]. Эмоциональную дисрегуляцию трактуют как диспозиционный фактор, опосредующий самоповреждение, или входящий в более сложную структуру в качестве медиатора отношений между самоповреждением и различными ситуативными факторами [2].

Согласно модели, принятой в диалектико-поведенческой терапии (ДПТ), эмоциональная дисрегуляция возникает вследствие сочетания биологической уязвимости и инвалидирующего окружения [7]. Люди, склонные к эмоциональной дисрегуляции, имеют ряд особенностей, таких как высокая чувствительность, реактивность, устойчивость состояния возбуждения, что связывают с нейробиологическими особенностями функционирования лимбической системы [5–7].

Современные модели регуляции эмоций предполагают подавление миндалевидного тела как механизм контроля эмоций в клинических условиях [14, 15]. Есть сообщения о взаимосвязи гиперактивности миндалины и пограничного расстройства личности. Они описывают путь регуляции миндалины посредством самоповреждения и сообщают о совпадении нормализации миндалевидного тела с ответом на психотерапию [15].

Стойкая инвалидация происходит, когда в большинстве случаев родители и другие значимые взрослые воспринимают первичные эмоциональные реакции ребёнка как неправильные, патологические или незаслуживающие серьёзного отношения [7]. Это приводит к закреплению поведения, направленного на попытку избежать, заблокировать или контролировать свои первичные эмоциональные реакции. Это ведёт к вторичной сенситивности перед ситуациями с яркими эмоциональными реакциями [12]. Были обнаружены связи между эмоциональной закрытостью (склонностью не выражать эмоции) и частотой актов самоповреждения. Суженный круг стратегий эмоциональной регуляции связан с плохим обращением в детстве и самоповреждениями во взрослом возрасте [2].

Таким образом, можно сделать вывод, что самоповреждающее поведение — неоднозначный феномен, который может как иметь прямые ассоциации с суицидом, так и не иметь их вовсе. Это потребует от программ помощи учёта суицидального риска, разработки и независимых методик вмешательства. При наличии коморбидной патологии необходимо сочетать психотерапевтические программы с адекватной психиатрической и наркологической помощью. Кроме того, учёт социальных факторов потребует включения при разработке программы и следующих вопросов: воздействие семейного и микросоциального окружения, изучение триггеров к самоповреждающему поведению в социальной среде.

Различные модели рассматривают самоповреждение как комплексный феномен, связанный с внутриличностными и межличностными факторами. В связи с этим психотерапевтические программы должны опираться на комплексный подход к оказанию помощи с учётом такого многостороннего воздействия на людей, склонных к самоповреждающему поведению.

**Психотерапевтические вмешательства при самоповреждающем поведении.** Клиническая значимость и высокая распространённость самоповреждения и суицидальных мыслей среди подростков и молодёжи требуют разработки эффективных психотерапевтических методов лечения, особую роль в которых отводят психотерапии. За последние несколько лет был опубликован ряд метаанализов и систематических обзоров, посвящённых изучению эффективности психотерапии при самоповреждающем и суицидальном поведении [2, 3, 9, 16–20]. Большое

внимание при освещении этой проблемы уделяют исследованию на группах подростков, в том числе старшей возрастной группы 17–19 лет, в некоторых случаях с расширением возраста до 25 лет. В целом это согласуется с данными, что распространённость самоповреждающего поведения наиболее высокая именно в возрастной группе подростков и молодёжи [17].

В большинстве работ исследовали ДПТ, когнитивно-поведенческую терапию, терапию, ориентированную на решение проблем, психодинамическую терапию, терапию, основанную на ментализации, семейную терапию, групповую психотерапию и ряд других подходов [18–21]. ДПТ направлена на снижение эмоциональной, межличностной и поведенческой дисрегуляции, которая приводит к дезадаптивному поведению [18, 19]. Подходы когнитивно-поведенческой терапии сосредоточены на реструктуризации неадаптивных моделей мышления и улучшении регуляции эмоций, решении проблем и коммуникативных навыков, чтобы улучшить адаптивное копинг-поведение [18, 19].

Многие авторы признают, что качество доказательств низкое, а эффективность методов умеренная или низкая [5, 6, 13, 15, 18, 19, 21]. Однако более свежие обзоры показали, что, по крайней мере, ДПТ может быть классифицирована как «хорошо зарекомендовавший себя» метод. Другие подходы также признаны перспективными, но качество доказательств низкое [18, 19].

В различных лечебных вмешательствах определены элементы, которые, повышали эффективность лечения. Это ориентированность на семью, обучение навыкам, большая продолжительность лечения [20]. Следует также отметить, что все вмешательства когнитивно-поведенческой терапии с доказанной эффективностью имеют компоненты, направленные на семейные системы [22].

Программы, обладающие большей эффективностью, многокомпонентны и длительны. Так, при ДПТ полный пакет лечения включает еженедельную индивидуальную психотерапию, еженедельное обучение навыкам работы в семейных группах (например, осознанность, регуляцию эмоций, стрессоустойчивость и навыки межличностной эффективности), коучинг по телефону с психотерапевтом при необходимости и еженедельные консультации психотерапевтической бригады. Такие программы требуют значительных финансовых вложений [16].



Рис. 1. Пример анализа поведенческой цепочки пациентки А. 22 лет

Обнаружено, что как ДПТ, так и семейно-ориентированная терапия продемонстрировали эффективность в уменьшении количества суицидных мыслей, при этом ДПТ также продемонстрировала эффективность в нивелировании поведения, связанного с самоповреждением [20]. В некоторых исследованиях продемонстрировано, что применение когнитивно-поведенческой терапии и ДПТ приводило к более быстрому снижению количества самоповреждений, но к концу исследования в экспериментальных и активных контрольных условиях это различие уменьшилось [23, 24]. Это может свидетельствовать о необходимости пересмотра действующих программ и учёта фактора длительной поддержки, которая может обладать самостоятельным терапевтическим эффектом.

#### Общие принципы работы с пациентами с самоповреждающим поведением [25].

1. Рассмотрение самоповреждающего поведения только как способа привлечения внимания может усилить переживания, самокритику и отчуждённость у пациента, что повысит риск применения такого поведения. Вместо этого рекомендуют проявлять поддержку и должную озабоченность. Однако следует избегать поощрения актов самоповреждения как способа получения поддержки в состоянии дистресса. Избыточная реакция со стороны специалиста будет препятствовать пониманию пациентом триггеров самоповреждающего поведения.

2. Необходимо помочь пациенту рассмотреть самоповреждающее поведение как состояние, о котором многое известно, разработаны подходы к оказанию помощи, что может способство-

вать снижению неопределённости, укреплению надежды на улучшение и управление состоянием. В этом могут помочь психообразование и выставление диагноза.

3. Акцент на изучение факторов в межличностном взаимодействии, которые предшествовали и усиливали болезненное состояние. Это может обусловить привлечение к терапии значимых для пациента людей (партнёров или членов семьи). С другой стороны, это может создать дополнительные трудности, однако такая тактика чаще всего оправдана.

#### Обзор стратегий и техник когнитивно-поведенческого подхода при самоповреждающем поведении [7, 12, 13, 26, 27].

*Анализ поведенческих цепочек* позволяет выявлять последовательность цепочек «событие-когниции-эмоции-поведение» (рис. 1). Эта информация помогает формулировать стратегии по предупреждению и изменению триггеров нежелательного поведения.

*Анализ способов решения проблем* побуждает пациента/клиента занять активную позицию в решении жизненных трудностей. Важно, чтобы эти способы были признаны самим пациентом/клиентом как другой способ решать проблемы, помимо применения самоповреждения и суицида.

*Самомониторинг* включает отслеживание и регистрацию всех действий, их связь с настроением и суицидальными мыслями и другими триггерами. Мониторинг может служить и диагностическим, и терапевтическим инструментом. Существует множество разных форм для мониторинга. Вариантом может быть применение

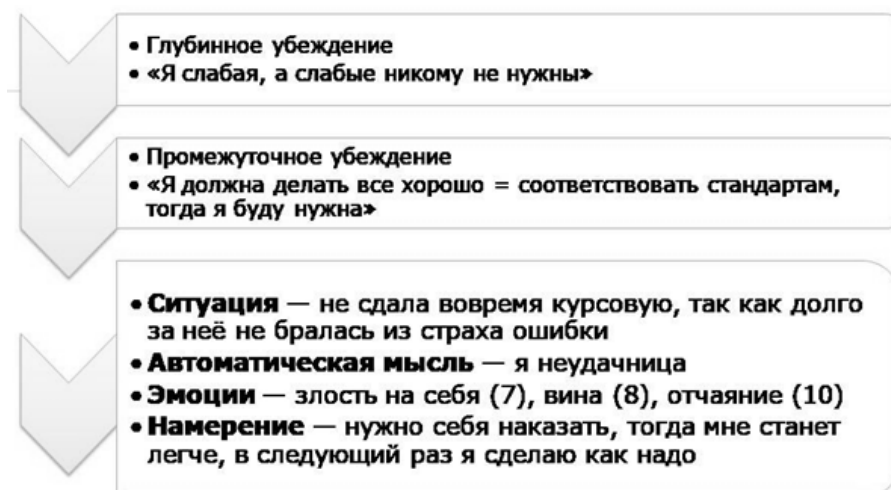


Рис. 2. Пример когнитивной концептуализации клиентки 22 лет

таблицы для ежедневного заполнения со следующими столбцами: дата/время, занятие, успешность выполнения в процентах, настроение по шкале от -10 до +10, тенденции и мысли.

*Тренинг навыков* может быть направлен на развитие необходимых навыков, в которых ощущается дефицит. Их можно разделить на навыки, ориентированные на принятие (стрессоустойчивость, осознанность) и изменение (межличностная эффективность, управление эмоциями, когнитивная реструктуризация).

*Практики осознанности* направлены на развитие навыка дистанцирования и безоценочного наблюдения за собственными психическими процессами: ощущениями, мыслями, эмоциями, побуждениями [28]. Эти техники позволяют легче переносить негативные переживания без необходимости применения неадаптивных копингов.

*Экспозиционные техники* должны происходить таким образом, чтобы усилить у пациента ощущение, что он способен контролировать себя, длиться столько времени, сколько необходимо для достижения габитуации и десенсибилизации к травматическим переживаниям. В случае самоповреждающего поведения у пациента может быть страх перед переживанием интенсивных эмоций, что приводит к избегающему поведению или дезадаптивным копингам. Экспозиция способствует приобретению опыта переживания контакта с этими раздражителями без дисфункциональных реакций.

*Когнитивная модификация* направлена на помощь в изменении дисфункциональных мыслительных схем и автоматических мыслей (рис. 2), которые способствуют эмоциональной дисрегуляции и неадаптивному поведению. В рамках

когнитивно-поведенческого подхода разработан обширный перечень стратегий, ведущими из которых служат варианты диспута [27].

*Валидация мыслей*, поведения и эмоций пациента/клиента как принятие обоснованности психических феноменов. Многие авторы подчеркивают значимость открытого обсуждения с пациентом/клиентом самоповреждений и суицидальных мыслей [7, 12, 13]. Это может иметь ряд преимуществ: формирование альянса, доверие к психотерапевту, контроль психотерапевтом ситуации, снижение самокритики со стороны пациента, возможность стороннего наблюдения за поведением и мыслями. Примером могут служить такие реплики психотерапевта.

– Многие люди связали бы свою неудачу с собой и своими качествами.

– Скорее всего, многие бы из них злились на себя.

– Такие переживания ведь сопровождают вас долгое время, ваше отчаяние вполне понятно и естественно.

– Похоже, что когда вы наносите себе порезы, вам становится от этого легче.

– Как думаете, может быть, мы смогли бы вместе поискать и другие способы справляться с переживаниями?

Все приведённые техники универсальны и входят в разнообразные программы и протоколы оказания помощи при самоповреждающем и суицидальном поведении. В зависимости от конкретного направления акцент на применяемых техниках может смещаться, однако в своей базовой основе сохраняется использование большей части из этих техник. Можно менять их порядок и дополнять другими техниками в зави-

симости от конкретного случая и целей терапии. На основе комбинации данных техник составлены различные протоколы, программы и руководства по проведению психотерапии пациентов с суицидальным и самоповреждающим поведением [7, 10–13, 29, 30]. Читатель может самостоятельно ознакомиться с ними в списке литературы. Выделим лишь некоторые общие принципы.

1. Структурность и последовательность. Программы выделяют несколько этапов психотерапии, каждый из которых имеет свои собственные ключевые задачи. Первый этап связан с мотивацией и постановкой целей, диагностикой, включая изучение механизмов поведения, составление «плана безопасности». Второй этап направлен на развитие навыков применения функциональных стратегий поведения и когнитивной модификации. Третий этап заключается в оценке достижения целей и профилактики новых проблем.

2. Большое внимание в программах уделено внешней оценке факторов, способствующих возникновению суицидальных мыслей и тенденций к самоповреждению. На основе этого создают «план безопасности». Согласно рекомендациям А. Венцель и С. Джагера-Химена [29], план безопасности должен включать шесть частей: описание сигналов (триггеров), совладающие приёмы, которые может использовать сам пациент, список людей, с которыми он может связаться для открытого обсуждения своего кризиса, список людей, которые могут ему помочь справиться со своим состоянием без сообщения им деталей происходящего, информация о контактах для неотложной помощи (лечащий специалист, горячая линия и прочее, план переключения-отказа от установки на уход из жизни).

3. Комплексность подхода, заключающаяся в воздействии не только на самого пациента, но и на его ближайшее окружение, чаще всего семью [6, 15]. Эти вмешательства направлены, с одной стороны, на улучшение взаимоотношений и приобретение навыков внутрисемейной коммуникации, с другой стороны — на помощь другим членам семьи в совладании с их личными проблемами, которые могут быть триггерами или препятствовать эффективной поддержке пациента.

4. Когнитивно-поведенческий подход во многом опирается на теорию научения, которая предполагает, что закрепление изменений возможно при регулярном повторении. Исходя из этого, на завершающих этапах производятся консолидация достижений и профилактика реци-

дивов, в том числе с демонстрацией важности продолжения применения полученных навыков в дальнейшем и психотерапии или возвращения к ней при возникновении новых сложностей.

**Заключение.** Проблема самоповреждающего поведения, как было подчёркнуто во многих приведённых исследованиях, остаётся одной из наиболее сложных и социально значимых. К сожалению, качество доказательств для большинства подходов низкое. Это требует проведения дополнительных исследований и подбора наиболее действенных методик. Однако существуют методы, признанные «хорошо зарекомендовавшими себя» и «перспективными». Будучи сложным и неоднозначным феноменом, самоповреждающее поведение требует индивидуализированного подхода с изучением уникальных личных механизмов. В то же время есть протоколы, облегчающие и систематизирующие оказание помощи. Большинство исследований указывает на необходимость комплексного, бригадного подхода к оказанию помощи пациентам, включая биологическую терапию, психотерапию и социальные вмешательства, профилактическую и реабилитационную деятельность. Такой системный подход позволит повысить эффективность проводимых мероприятий.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Clarke S., Allerhand L.A., Berk M.S. Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. *F1000Res.* 2019; 8: F1000 Faculty Rev-1794. DOI: 10.12688/f1000research.19868.1.
2. Польская Н.А. *Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии.* Дисс. ... д-ра псих. наук: 19.00.04. М.: МГППУ. 2017; 423 с. [Pol'skaya N.A. *Fenomenologiya i funktsii samopovrezhdayushchego povedeniya pri normativnom i narushennom psikhicheskom razviti.* Diss. ... d-ra psikh. nauk: 19.00.04. М.: МГППУ. 2017; 423 p. (In Russ.)]
3. Favazza A., Rosenthal R. Varieties of pathological self-mutilation. *Behav. Neurol.* 1990; 3: 77–85. DOI: 10.3233/BEN-1990-3202.
4. Halicka J., Kiejna A. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. *Adv. Clin. Exp. Med.* 2018; 27 (2): 257–261. DOI: 10.17219/acem/66353. PMID: 29521070.
5. Hawton K., Witt K.G., Taylor Salisbury T.L. et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016; (5): CD012189. DOI: 10.1002/14651858.CD012189. PMID: 27168519.
6. Hawton K., Harriss L. Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2008; 49 (4): 441–448. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01852.x. PMID: 18081755.
7. Кернер К. *Проведение диалектической поведенческой терапии.* Практическое руководство. СПб.: Диалектика. 2019; 288 с. [Kerner K. *Provedenie dialekticheskoy povedencheskoy*

terapii. Prakticheskoe rukovodstvo. SPb.: Dialektika. 2019; 288 p. (In Russ.)]

8. Крылова Е.С., Бебуришвили А.А., Каледа В.Г. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением. *Суицидология*. 2019; 1 (34): 48–57. [Krylova E.S., Beburishvili A.A., Kaleda V.G. Nesuitsidal'nye samopovrezhdeniya pri rasstroystve lichnosti v yunosheskom vozraste i otsenka ikh vzaimosvyazi s suitsidal'nym povedeniem. *Suitsidologiya*. 2019; 1 (34): 48–57. (In Russ.)]

9. Андронникова О.О., Волкова Е.Н. Обзор зарубежных исследований по проблеме несуицидального самоповреждения у детей и подростков. *Теоретич. и эксперим. психол.* 2020; (3): 38–50. [Andronnikova O.O., Volkova E.N. Obzor zarubezhnykh issledovaniy po probleme nesuitsidal'nogo samopovrezhdeniya u detey i podrostkov. *Teoreticheskaya i ehksperimental'naya psikhologiya*. 2020; (3): 38–50. (In Russ.)]

10. Холмогорова А.Б. Протокол когнитивно-бихевиоральной терапии пациентов, переживающих суицидальный кризис. *СТПН*. 2014; (1): 26–29. [Kholmogorova A.B. Protokol kognitivno-bikhevioral'noy terapii patsientov, perezhivayushchikh suitsidal'nyy krizis. *STPN*. 2014; (1): 26–29. (In Russ.)]

11. Kholmogorova A. Suicidal behavior: theoretic model and practical implications in cognitive-behavioral therapy. *Counseling Psychol. Psychotherapy*. 2016; 24: 144–163. DOI: 10.17759/cpp.2016240309.

12. Линехан М. *Диалектическая поведенческая терапия. Руководство по тренингу навыков*. 2-е изд. Пер. с англ. СПб.: Дialektika. 2020; 880 с. [Linekhan M. *Dialekticheskaya povedencheskaya terapiya. Rukovodstvo po treningu navykov*. 2-e izd. Per. s angl. SPb.: Dialektika. 2020; 880 p. (In Russ.)]

13. Маккей М., Вуд Дж.С., Брэнтли Дж. *Диалектическая поведенческая терапия. Руководство по тренингу навыков осознанности, межличностной эффективности, регуляции эмоций и стрессоустойчивости*. Пер. с англ. СПб.: Дialektika. 2020; 272 с. [Makkey M., Vud J.S., Brehntli J. *Dialekticheskaya povedencheskaya terapiya. Rukovodstvo po treningu navykov osoznannosti, mezhlichnostnoy ehffektivnosti, regulyatsii ehmotсий i stressoustoychivosti*. Per. s angl. SPb.: Dialektika. 2020; 272 p. (In Russ.)]

14. Schulze L., Schulze A., Renneberg B. et al. Neural correlates of affective disturbances. A comparative meta-analysis of negative affect processing in borderline personality disorder, major depression, and posttraumatic stress disorder. *Biol. Psychiatry: Cognitive Neurosci. Neuroimaging*. 2018; 4 (3): 220–232. DOI: 10.1016/j.bpsc.2018.11.004.

15. Zaehring J., Ende G., Santangelo P. et al. Improved emotion regulation after neurofeedback: A single-arm trial in patients with borderline personality disorder. *Neuroimage Clin*. 2019; 24: 102–103. DOI: 10.1016/j.nicl.2019.102032. PMID: 31795041. PMCID: PMC6978219.

16. Asarnow J.R., Berk M., Hughes J.L., Anderson N.L. The SAFETY Program: a treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2015; 44 (1): 194–203. DOI: 10.1080/15374416.2014.940624. PMID: 25255931/ PMCID: PMC4289426.

17. Bahji A., Pierce M., Wong J. et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for self-harm and suicidal behavior among children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Netw. Open*. 2021; 4 (4): e216614. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.6614.

18. Glenn C.R., Esposito E.C., Porter A.C., Robinson D.J. Evidence base update of psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2019; 48 (3): 357–392. DOI: 10.1080/15374416.2019.1591281.

19. Glenn C.R., Franklin J.C., Nock M.K. Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2015; 44 (1): 1–29. DOI: 10.1080/15374416.2014.945211.

20. Kothgassner O.D., Robinson K., Goreis A. et al. Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. *Borderline Personal Dis. Emot. Dysregul.* 2020; 7: 9. DOI: 10.1186/s40479-020-00123-9.

21. Klonsky E.D. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin. Psychol. Rev.* 2007; 27 (2): 226–239. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.08.002. PMID: 17014942.

22. Iyengar U., Snowden N., Asarnow J.R. et al. A further look at therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: An updated systematic review of randomized controlled trials. *Front. Psychiatry*. 2018; 9: 583. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00583.

23. Kaess M., Edinger A., Fischer-Waldschmidt G. et al. Effectiveness of a brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescent nonsuicidal self-injury: a single-centre, randomised controlled trial. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 2020; 29 (6): 881–891. DOI: 10.1007/s00787-019-01399-1. PMID: 31512050. PMCID: PMC7305262.

24. McCauley E., Berk M.S., Asarnow J.R. et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2018; 75 (8): 777–785. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1109. Erratum in: *JAMA Psychiatry*. 2018; 75 (8): 867. PMID: 29926087. PMCID: PMC6584278.

25. Gunderson J.G., Choi-Kain L.W. Working with patients who self-injure. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76 (9): 976–977. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1241. PMID: 31290940.

26. Бреслав Г.М. *Психология эмоций*. 4-е издание, переработанное. М.: Смысл. 2019; 672 с. [Breslav G.M. *Psikhologiya ehmotсий*. 4-e izdanie, pererabotannoe. M.: Smysl. 2019; 672 p. (In Russ.)]

27. Лихи Р. *Техники когнитивной психотерапии*. СПб.: Питер. 2020; 656 с. [Likhi R. *Tekhniki kognitivnoy psikhoterapii*. SPb.: Piter. 2020; 656 p. (In Russ.)]

28. Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В., Банников Г.С. Практики осознанности в профилактике суицидального поведения подростков (обзор зарубежных исследований). *Вестн. Московского ун-та. Серия 14. Психология*. 2019; (2): 121–144. [Fedunina N.Yu., Vikhristyuk O.V., Bannikov G.S. Praktiki osoznannosti v profilaktike suitsidal'nogo povedeniya podrostkov (obzor zarubezhnykh issledovaniy). *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya*. 2019; (2): 121–144. (In Russ.)]

29. Wenzel A., Jager-Hyman S. Cognitive therapy for suicidal patients: current status. *Behav. Ther. (NY NY)*. 2012; 35 (7): 121–130. PMID: 26388663. PMCID: PMC4574874.

30. Ougrin D., Tranah T., Stahl D. et al. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2015; 54 (2): 97–107.e2. DOI: 10.1016/j.jaac.2014.10.009.

Поступила 28.05.2021; принята в печать 01.06.2021.