

УДК 159.99

К ВОПРОСУ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ В СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ ЛИЧНОСТИРуслан В. Кадыров^{1, @1}, Татьяна А. Мироненко^{1, @2}¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет, Россия, 690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2@¹ rusl-kad@yandex.ru@² virtus.cogitativa@gmail.com

Поступила в редакцию 05.06.2017.

Принята к печати 14.09.2017.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицидальная попытка, суицидальные идеи, ранние дезадаптивные схемы, схематерапия, безнадежность.

Аннотация: В данной статье представлен анализ эмпирических исследований взаимосвязи ранних дезадаптивных схем и различных форм суицидального поведения, анализ психотравмирующих событий в детстве, являющихся основой формирования ранних дезадаптивных схем как одного из суицидогенных факторов. Описаны и проанализированы теоретические представления о формировании суицидального поведения с точки зрения ранних дезадаптивных схем. Рассмотрена схема формирования суицидального поведения Д. Лестера и Дж. Р. Роджерса (D. Lester и J. R. Rogers). Установлено, что вопрос взаимосвязи ранних дезадаптивных схем и суицидального поведения является перспективным направлением понимания генеза суицидального поведения через дальнейшее исследование присутствующих лицам, совершающим суицидальные попытки, дезадаптивных схем. Анализ рассмотренных исследований позволил сделать научно обоснованное предположение о необходимости дальнейшего изучения ранних дезадаптивных схем с целью получения ценного диагностического материала, необходимого для эффективного использования психотерапевтических и коррекционных технологий в процессе схематерапии.

Для цитирования: Кадыров Р. В., Мироненко Т. А. К вопросу ранних дезадаптивных схем в суицидальном поведении личности // Вестник Кемеровского государственного университета. 2017. № 3. С. 125–132. DOI: 10.21603/2078-8975-2017-3-125-132.

Суицидальное поведение является остросоциальной и важнейшей проблемой современного здравоохранения, ежегодно в результате самоубийства погибает свыше 800 тысяч человек по всему миру, при этом на каждого умершего вследствие суицида приходится свыше 20 человек, совершивших суицидальную попытку [1].

В России за 2014 г. в результате самоубийства погибло 26606 человек, суицид – ведущий показатель среди внешних причин смерти, а наибольшее количество завершенных суицидов приходится на лиц трудоспособного возраста [2], также в нашей стране один из самых высоких в мире показателей смертности от самоубийства среди детей и подростков [3]. Несмотря на то, что в России с 2000 г. отмечается снижение показателя частоты суицидов, имеется ряд регионов (Сибирский федеральный округ (особенно – Республика Алтай, Бурятия и Тыва) и Дальневосточный федеральный округ (Чукотский автономный округ, Еврейская автономная область, Амурская область и Республика Саха), где стабильно отмечается сверхвысокая частота самоубийств [4–5]. Такая ситуация, безусловно, требует поиска путей снижения смертности не только с учетом социально-экономических, медицинских, но и психологических факторов [6], в связи с чем значительное место в системе профилактики суицидального поведения занимает психотерапия и психологическая помощь [7], так как суицидальное поведение опосредовано системой личностных характеристик субъекта и особенностями его взаимоотношений с окружающей социальной средой [8]. При этом актуальным в современных исследованиях личностных характеристик суицидентов является когнитивно-

эмоциональный дисбаланс, дезадаптивные поведенческие паттерны как результат психотравмирующего воздействия детско-родительских взаимоотношений [9–11].

Новым инновационным подходом в психотерапии личностных характеристик, в том числе и суицидального поведения, психических расстройств, с ним связанных, можно рассматривать схематерапию, разработанную Дж. Янгом. Схематерапия сочетает в себе элементы когнитивно-поведенческой терапии, гештальт-подхода, теории объектных отношений, конструктивистской и психоаналитической школ, образуя единую синергетическую концептуальную модель [12–13].

Одним из основных теоретических элементов концепции схематерапии являются ранние дезадаптивные схемы (РДС или схемы). Ранние дезадаптивные схемы (РДС) – «паттерны, состоящие из когнитивных процессов, эмоций, телесных ощущений и воспоминаний относительно себя и взаимоотношений с другими людьми. Сформировавшись в детстве, они продолжают свое существование на протяжении всей жизни и являются дисфункциональными в значительной степени» [13, с. 7], понятие создано Дж. Янгом в контексте схема ориентированного подхода в психотерапии.

Формирование ранних дезадаптивных схем (РДС) осуществляется в процессе взаимодействия внешних и внутренних факторов, создающих условия, которые препятствуют удовлетворению базовых эмоциональных потребностей в раннем периоде жизни индивида. Внешние факторы – условия среды и опыт взаимоотношений с окружающими, внутренние факторы – особенности темперамента. Формируясь на ранних этапах развития

(в детстве) они воспроизводятся в течение всей жизни. При этом поведение не является частью самой схемы, а возникает у человека как реакция на схему.

Выделяя 18 ранних дезадаптивных схем, Дж. Янг считает, что они:

- являются обобщенными темами или моделями восприятия;
- состоят из воспоминаний, представлений, эмоций, когнитивных и сенсорных образов;
- относятся к представлениям о себе и об отношениях с другими;
- возникают в детстве и подростковом возрасте;
- развиваются в течение всей жизни;
- являются в значительной степени дисфункциональными.

Таким образом, анализ эмпирических исследований взаимосвязи ранних дезадаптивных схем и различных форм суицидального поведения позволит лучше понять механизмы формирования этого поведения и получить более полную картину формирования психической реальности человека в связи с ранними эмоциональными переживаниями (опытом).

Для описания механизмов взаимосвязи между РДС и суицидальным поведением необходимо сначала рассмотреть период формирования РДС, то есть роль событий детства и ранней юности в генезе суицидального поведения.

Детско-родительские взаимоотношения обычно интересуют исследователей в контексте проблемы подросткового суицидального поведения и активно изучаются в данный момент. Повышенный суицидальный риск, согласно исследованию Е. А. Панченко [14], имеют молодые люди из негармоничных семей, в которых вырастает до 40 % детей и подростков с суицидальным поведением. Патологический (дисфункциональный) стиль воспитания, как отмечают Б. С. Положий и Е. А. Панченко [14–15], обладает высокой суицидогенной опасностью: по их данным более 90 % детей и подростков с различными формами суицидального поведения воспитывались в таких семьях.

Анализируя проблему детско-родительских взаимоотношений и суицидального поведения, американский исследователь S. Goschin и др. [16], пришел к выводу о том, что независимо от стиля дисфункционального воспитания основным фактором, связанным с суицидальностью, является неспособность родителей к эмпатии в процессе воспитания. Соответственно неспособность родителей к эмоциональному сопереживанию своему ребенку сопряжена с невозможностью удовлетворения его базовых эмоциональных потребностей, что способствует, согласно концепции Дж. Янга, формированию у ребенка РДС [12–13], и при прочих неблагоприятных условиях является вероятной основой развития характерных для суицидального поведения: негативного восприятия себя, своего опыта и негативного прогнозирования субъектом предполагаемого будущего.

Изучение взаимосвязи между ранними дезадаптивными схемами и суицидальным поведением подростков в отечественной практике описано Т. С. Семеновой [17], которая, исследуя подростков женского пола с нетрадиционной сексуальной ориентацией, установила у них выраженность дезадаптивных схем: Покинутость/ Неста-

бильность, Негативизм/Пессимизм, Недоверие/ Жестокость и Пунитивность, связанных с большим числом шкал методик «Опросник суицидального риска» Т. Н. Разуваевой и шкалой депрессии А. Бека. То есть РДС, свойственные определенной группе подростков, могут быть связаны с неблагополучием в аффективной сфере и суицидальным поведением данной группы.

Р. В. Бисалиев и С. А. Вешнева [18] описали с точки зрения психодинамического подхода формирование структуры личности будущего суицидента следующим образом: воспитание в неполной семье с преимущественно авторитарным стилем воспитания, отсутствие эмоциональной вовлеченности родителей, либо их сверхконтроль с формированием жестких установок. В структуре личности преобладает негативное отношение к себе, своему телу. Также отмечается негативное отношение к родителям, неспособность дифференцировать эмоции, сниженная способность к символизации агрессивных мыслей. В качестве меры профилактики они предлагают создание довоспитывающей среды в процессе групповой и индивидуальной терапии. Данное описание согласуется с результатами вышеприведенных исследований взаимосвязи детско-родительских отношений и суицидального поведения. А предложенный подход о довоспитывающей среде соответствует принятой в концепции схематерапии модели «условного родительства» [12–13].

Связь насилия над детьми и суицидального поведения в отдаленном периоде в особенности установлена и изучена, как отмечает Н. В. Платонова, в отношении жертв сексуального насилия [19]. В. Bataclough с соавторами говорят о повышении риска суицида у взрослых, переживших в детстве смерть одного или обоих родителей [20]. Зарубежные исследователи А. Р. Amaral, A. Vaz Serra [21], G. Borges и др. [22] отмечают значимость кумулятивного эффекта от совокупности нескольких пережитых психотравмирующих событий, который повышает уязвимость по отношению к стрессовым событиям во взрослом возрасте. О. П. Ворсина [23] определила, что в 77,1 % случаев суицидов подростков присутствовали психотравмирующие мотивы. В. А. Розанов с соавторами [24] провел исследование на большой выборке, подтверждающее значение детской психотравмы как фактора риска суицидального поведения у взрослых людей. Значимость психотравмирующих событий зависит от пола и характера проявления суицидальности. Во всех случаях подтвердилась особая роль насилия и утраты. Спектр значимых стрессовых событий оказался значительно больше у женщин. Общим для мужчин и женщин предиктором суицидальной попытки оказалось самоубийство (попытка) близкого человека, что отмечают и другие исследователи – К. А. Van Orden и др. [25]. Таким образом, психотравмирующие события в детстве являются фактором формирования РДС [12–13], их можно определять как один из суицидогенных факторов.

Исследуя роль психотравмирующего события у взрослых в механизме суицидогенеза, И. А. Кудрявцев и Е. Э. Декало [26] установили, что важным критерием психологического риска является степень рефлексии, глубина осознания психотравмирующего события и последующих мыслительных, поведенческих актов. При этом защитные механизмы у лиц в пресуициде и постсуициде направлены на вытеснение истинного экзистен-

циального смысла суицидогенной психотравмы, в пре-суициде также была выявлена незрелость системы самомотивации, ригидность и неспособность к разрешению проблем с фиксацией на единственном варианте реагирования, что наблюдается и при активации РДС в виде дисфункциональных копинг-стратегий [12–13].

Так, О. А. Сагалакова с соавторами [27] в контексте РДС обнаружили, что антивитаальные переживания возникают у личностей с несформированными компенсаторными механизмами и навыками конструктивного совладания со стрессом. В ходе эмпирического исследования ими были выявлены типичные дисфункциональные схемы при выраженной безнадежности и антивитаальных переживаниях. Это схема «Дефективность/Стыд», связанная с восприятием себя как ущербного, вынужденного испытывать стыд и избегать общения, терпеть насмешки окружающих, и группа схем «Нарушение автономии», связанная с восприятием себя как некомпетентного и не способного проявлять инициативу, компенсаторные механизмы в данном случае дисфункциональны и связаны с избеганием. Личность с невыраженными дисфункциональными схемами, как отмечает О. А. Сагалакова с соавторами [27], сформированными компенсаторными механизмами, гибкой целевой структурой деятельности и зрелой тактикой целеполагания имеет значимо меньшую вероятность возникновения антивитаальных переживаний даже при столкновении с объективно значительными жизненными трудностями.

Формирование суицидального поведения с точки зрения схемоориентированного подхода описывают D. Lester и J. R. Rogers [28] на примере гипотетического жизненного сценария ребенка, потерявшего родителей. После череды потерь близких, друзей, неудачных попыток произвести хорошее впечатление на опекунов достижениями, лишенный эмоциональной теплоты и поддержки, он начал характеризовать себя как бесполезного и непривлекательного, перестал стремиться к общению. По окончании средней школы чувствовал подавленность, так как не имел ни малейшего представления о том, кто

он и где его место, будущее казалось ему безнадежным. В отличие от сверстников, размышляющих о своих возможностях и перспективах, он мог размышлять только о том, с какими еще ударами судьбы суждено столкнуться и как самоубийство могло бы стать средством, чтобы закончить страдания. Анализируя это жизнеописание D. Lester и J. R. Rogers [28] указывают на процесс формирования и укрепления группы схем «Нарушение связи и отвержение» из-за того, что потребности в стабильности, заботе и принятии были фрустрированы многочисленными негативными событиями. Каждое столкновение со стрессовыми ситуациями активизировало и укрепляло схемы, препятствующие развитию психологических ресурсов, необходимых для преодоления трудностей, типичных для подросткового возраста. В результате выработалась стратегия избегания проблем, отсутствуют навыки их преодоления. Стремление к уединению сильно ограничило возможность развития социальных навыков, необходимых для успешной социализации. Отсутствие стабильных интересов и нежелание стремиться к новому привело к выраженному кризису идентичности, а отсутствие позитивной оценки деятельности и эмоциональной теплоты сформировало представление о себе как о человеке бесполезном, непривлекательном и поврежденном.

В данном примере D. Lester и J. R. Rogers [28] отмечают, что негативные события детства и выработанные РДС ликвидировали копинговые ресурсы, необходимые для предотвращения развития суицидального поведения. Негативный детский опыт способен инициировать процесс, посредством которого формируется суицидальное поведение, однако необходимо понимание механизмов этого процесса. Основываясь на концепции Дж. Янга и теории Л. М. Abramson [29], они предложили модель взаимосвязи негативного детского опыта и РДС, формирующих суицидальное поведение (модель представлена на рисунке). D. Lester и J. R. Rogers [28] подчеркивают, что в виду многообразия комбинаций РДС необходимо эмпирическое определение РДС, специфичных именно для суицидального поведения.

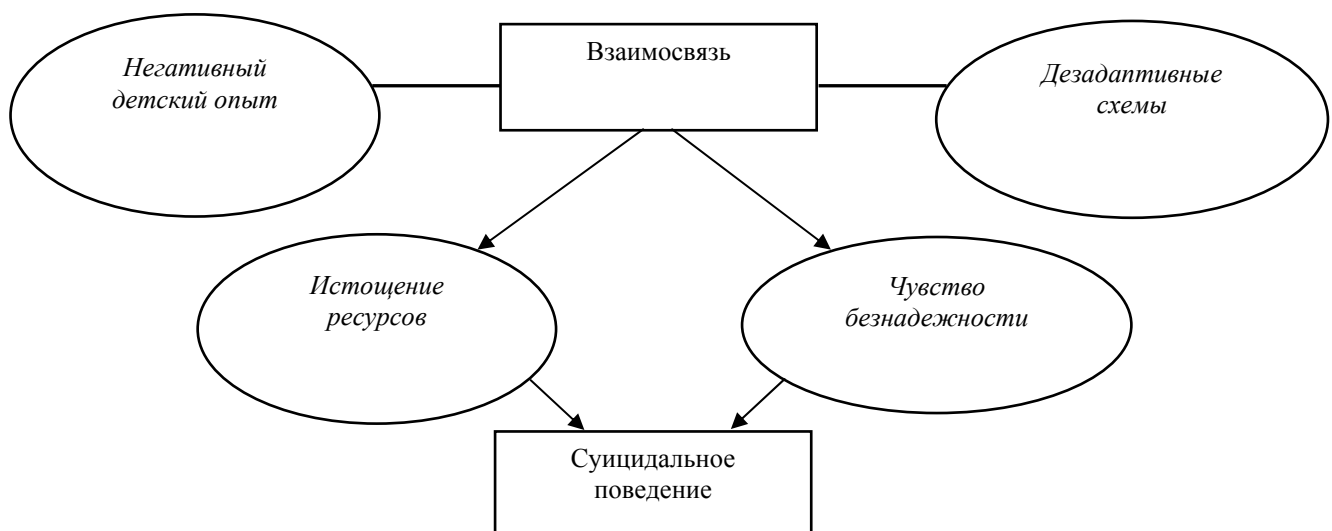


Рис. Схема формирования суицидального поведения D. Lester и J. R. Rogers [28, p. 116]

Fig. Scheme of formation of suicidal behavior by D. Lester and J. R. Rogers [28, p. 116]

На данный момент в научной литературе имеются результаты нескольких иностранных эмпирических исследований по изучению РДС и суицидального поведения. R. Dale с соавторами [30] изучили взаимосвязь между воспитанием, РДС и суицидальным поведением. По мнению Jennifer Wilson [31], результаты данного исследования не позволяют сделать однозначных выводов о роли взаимоотношений с родителями и суицидальным поведением.

Взаимосвязь же между РДС и суицидальным поведением была определена следующим образом: в группе совершивших суицидальную попытку обнаружилась большая выраженность схем «Социальная изоляция», «Дефективность/стыд», «Зависимость», «Самопожертвование», «Грандиозность» и «Недостаточность самоконтроля». L. Dutra и др. [32] обнаружили, что хроническая психологическая травматизация связана с РДС, симптомами ПТСР, диссоциацией и суицидальным поведением (идеями, намерениями и попытками).

Проводились также исследования РДС и суицидального поведения при различных расстройствах. В Дании K. K. Nilsson и др. [33] исследовали суицидальное поведение лиц, страдающих биполярным расстройством, изучив данную категорию пациентов во время ремиссии. Обнаружилось, что при биполярном расстройстве личности у лиц, совершивших суицидальную попытку, более выражены схемы «Социальная изоляция», «Зависимость/Некомпетентность» и «Грандиозность», в сравнении с другими пациентами, страдающими биполярным расстройством и не покушавшимися на свою жизнь. Иранский исследователь Farah Darvishi с соавторами [34] установил, что у лиц, страдающих депрессией, совершавших попытку суицида, больше выражены схемы «Дефективность/Стыд», «Обреченность на неудачу/Неуспешность» и «Грандиозность», чем у пациентов с депрессией без суицидальных попыток. В обеих группах была установлена взаимосвязь между симптомами депрессии и РДС. В другом исследовании Fahime Mobed и Farah Naderi [35] обнаружили, что при расстройствах настроения наблюдается взаимосвязь между РДС, ригидностью и суицидальными мыслями.

Исследование РДС у лиц, совершивших суицидальную попытку, проведенное в Бразилии Cristina Pilla Della Méa с соавторами [36], показало значительное повышение показателей в большинстве РДС. В особенности авторами были отмечены схемы домена «Нарушение связи и отвержение»: «Дефективность/стыд» и «Социальная изоляция» как потенциальные терапевтические мишени. Иранский исследователь Marjan HelmKhamirani и др. [37] на большой выборке изучили РДС у лиц, совершивших суицидальную попытку путем самоотравления. В сравнении с контрольной группой, у суицидентов значимо выраженными оказались схемы

«Запутанность/Неразвитое-Я» и «Жесткие стандарты/Придирчивость». Симптомы депрессии в экспериментальной группе, выявленные по шкале А. Бека, коррелировали со схемами «Эмоциональная депривация», «Брошенность/Нестабильность», «Социальная изоляция» и «Самопожертвование». По мнению авторов, исследованные ими ранние дезадаптивные схемы могут быть связаны с формированием суицидального поведения.

Резюмируя вышеизложенные исследования, можно сказать, что для суицидентов чаще всего характерны следующие ранние дезадаптивные схемы, такие как:

– «Дефективность/Стыд», такой человек в глубине души считает, что он на самом деле плохой, ущербный, несовершеннолетний, неполноценный, неспособный, недостойный и т. д.;

– «Социальная изоляция», такой человек чувствует себя отделенным, изолированным от внешнего мира, считает себя непохожим на других и не ощущает себя частью ни одной группы или сообщества и т. д.;

– «Зависимость», такой человек чувствует себя совершенно неприспособленным и неспособным жить и функционировать самостоятельно и т. д.;

– «Самопожертвование», такой человек сосредоточен на добровольном удовлетворении потребностей окружающих людей, которых он считает слабее себя. Уделяя внимание своим потребностям, он чувствует себя эгоистичным. В результате он испытывает чувство вины за свой «эгоизм», поэтому отдает приоритет потребностям других людей и т. д.;

– «Грандиозность», такой человек верит в то, что он превосходит других людей и, следовательно, достоин особых прав и привилегий и т. д.;

– «Обреченность на неудачу/Неуспешность», такой человек верит, что непременно потерпит неудачу во всех своих начинаниях, так как считает себя скучным, надоедливым, безобразным, скверным и бесталанным, и верит, что он неуместен в любом обществе и физически непривлекателен и т. д.

Таким образом, вопрос взаимосвязи ранних дезадаптивных схем и суицидального поведения является перспективным направлением понимания генеза суицидального поведения. Анализ имеющихся исследований показывает, что на данном этапе обнаруживались ранние дезадаптивные схемы, специфичные для суицидальности, в каждом случае наблюдались схемы, присутствующие именно лицам, совершающим суицидальные попытки, независимо от их диагностической принадлежности. Дальнейшее изучение ранних дезадаптивных схем позволит получить ценный диагностический материал, необходимый для эффективного использования психотерапевтических и коррекционных технологий в процессе схематерапии.

Литература

1. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. ВОЗ; Европейское региональное бюро. Женева, 2014. 102 с.
2. Демографический ежегодник России. 2015: стат. сб./ Росстат. М., 2015. 263 с.
3. Иванова А. Е., Сабгайда Т. П., Семенова В. Г., Антонова О. И., Никитина С. Ю., Евдокушкина Г. Н., Черновавский М. В. Смертность российских подростков от самоубийств. М.: ЮНИСЕФ, 2011. 133 с.

4. Архипова А. В. Статистический анализ динамики количества самоубийств в Российской Федерации // Организация работы с молодежью. 2016. № 8. Режим доступа: <http://ovv.esrae.ru/270-1170> (дата обращения: 10.09.2017).
5. Суициды в России и Европе / под ред. Б. С. Положего. М.: МИА, 2016. 212 с.
6. Положий Б. С., Панченко Е. А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. 2012. № 1. С. 8–12.
7. Приленский Б. Ю., Родяшин Е. В., Приленская А. В. Интегративный подход в психотерапии суицидального поведения // Суицидология. 2011. № 2. С. 49–51.
8. Амбрумова А. Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // Комплексные исследования в суицидологии: сборник научных трудов. М.: Изд-во НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1986. С. 7–25.
9. Коломыцев Д. Ю., Дроздовский Ю. В. Особенности когнитивных искажений при пограничных психических расстройствах у подростков, совершивших суицидальную попытку // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 5(74). С. 39–43.
10. Труевцев Д. В. Ранние неадаптивные схемы при депрессии разной степени тяжести // 25 лет Московскому психологическому обществу: Юбилейный сборник РПО. В 4-х т. / отв. ред. Д. Б. Богоявленская, Ю. П. Зинченко. М.: МАКС Пресс, 2011. Т. 2. С. 22–25.
11. Пилягина Г. Я. Когнитивно-эмоциональный дефицит и когнитивно-эмоциональный дисбаланс в личностном развитии, формировании психической патологии и патогенезе саморазрушающего поведения // Суицидология. 2013. № 4. С. 10–16.
12. Young J. E., Klosko J., Weishaar M. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press, 2003. 470 p.
13. Арнтц А., Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах / пер. с англ. Е. Плотниковой; под научн. ред. А. В. Черникова. М.: Научный мир, 2016. 320 с.
14. Панченко Е. А. Суицидальное поведение детей как следствие недостатков воспитания в родительской семье // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2011. № 7. С. 11–16.
15. Положий Б. С., Панченко Е. А. Факторы динамики суицидального процесса // Психическое здоровье. 2011. № 9. С. 65–68.
16. Goschin S., Briggs J., Blanco-Lutzen S., Cohen L. J., Galynker I. Parental affectionless control and suicidality // Journal of Affective Disorders. 2013. Vol. 151(1). P. 1–6. DOI: 10.1016/j.jad.2013.05.096.
17. Семенова Т. С. Взаимосвязь ранних дезадаптивных схем, суицидального поведения и уровня депрессии у подростков с нетрадиционной сексуальной ориентацией // Актуальные проблемы детской клинической психологии: материалы всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых. 7 апреля 2016 г. Оренбург: ОрГМУ, 2016. С. 87–91.
18. Бисалиев Р. В., Вешнева С. А. Суицидальное поведение у аддиктов и их родственников. Астрахань: ФГБОУ ВПО АГТУ, 2013. 273 с.
19. Платонова Н. В. Клиническая картина психических расстройств и особенностей психического развития у детей, подвергшихся сексуальному насилию: дис. ... канд. мед. наук. ПАМН. М., 2013. 131 с.
20. Barraclough B., Bunch J., Nelson B., Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects // Br. J. Psychiatry. 1974. Vol. 125. P. 355–373.
21. Amaral A. P., Vaz Serra A. Traumatic childhood events and potential consequences in adult health // Eur. Psychiatry. 2009. Vol. 24(S. 1). P. 1233. DOI: 10.1016/s0924-9338(09)71466-x.
22. Borges G., Benjet C., Medina-Mora M. E., Orozco R., Molnar B. E., Nock M. K. Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents // J. Child Psychol. Psychiatry. 2008. Vol. 49(6). P. 654–666. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01868.x.
23. Ворсина О. П. Роль семьи в формировании суицидального поведения // Психическое здоровье семьи в современном мире: сборник тезисов II Российской конференции с международным участием (Томск, 7–8 октября 2014 г.) / под ред. Н. А. Бохана. Томск: Иван Федоров, 2014. С. 24–32.
24. Розанов В. А., Емяшева Ж. В., Бирон Б. В. Влияние травмы детского возраста на накопление стрессовых событий и формирование суицидальных тенденций в течение жизни // Укр. мед. часоп. 2011. № 6. С. 94–98.
25. Van Orden K. A., Witte T. K., Cukrovitz K. C., Braithwaite S., Selby E. A., Joiner Jr. T. E. The interpersonal theory of suicide // Psychological Review. 2010. Vol. 117(2). P. 575–600.
26. Кудрявцев И. А., Декало Е. Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. 2012. № 2(7). С. 3–11.
27. Сагалакова О. А., Труевцев Д. В., Сагалаков А. М. Целевая регуляция деятельности при антивитальной настроенности в контексте дисфункциональных схем и сформированности компенсаторных механизмов личности // Тюменский медицинский журнал. 2014. № 3. С. 21–28.
28. Lester D., Rogers J. R. (eds.) Suicide: A Global Issue. Vol. 2: Prevention. Santa Barbara: ABC-CLIO, LLC, 2013.
29. Ahmadian A., Mirzaee J., Omidbeygi M., Holsboer-Trachsler E., Brand S. Differences in maladaptive schemas between patients suffering from chronic and acute posttraumatic stress disorder and healthy controls // Neuropsychiatr Disease and Treatment. 2015. Vol. 11. P. 1677–1684. DOI: 10.2147/NDT.S85959.
30. Dale R., Power K., Kane S., Stewart A. M., Murray L. The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behaviour repetition // Archives of Suicide Research. 2011. Vol. 14. № 7. P. 311–328.

31. Wilson J. Attachment Style and Symptoms of Psychopathology in Children in Care: An Investigation of the Mediating Role of Early Maladaptive Schemas. DCLinPsy thesis, University of Sheffield. 23.07.2013. P. 165.
32. Dutra L., Callahan K., Forman E., Mendelsohn M., Herman J. Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2008. Vol. 196. P. 71–74. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31815fa4c1.
33. Nilsson K. K. Early maladaptive schemas and functional impairment in remitted bipolar disorder patients Original Research Article // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2012. Vol. 43(4). P. 1104–1108.
34. Darvishi F., Rahmani M. A., Akbari B., Rahbar M. A Comparison of Relationship between Early Maladaptive Schemas with Depression Severity in Suicidal Group and Non-clinical Sample // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2013. Vol. 84(9). P. 1072–1077.
35. Mobed F., Naderi F. Relationship between early maladaptive schemas, flexibility of action with suicide ideation among patients with mood disorders of Ahvaz City // *International Journal of Humanities and Cultural Studies*. 2016. Special Issue. P. 1223–1237.
36. Cristina Pilla Della Méa, Sabrina Zancanella, Vinícius Renato Thomé Ferreira, Márcia Fortes Wagner. Early maladaptive schemas in hospitalized patients for suicide attempt // *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2015. Vol. 11(1). P. 3–9. DOI: 10.5935/1808-5687.20150002.
37. HelmiKhamirani M., Alizade N. S., Rezaei F. Evaluation of early maladaptive schemas of individuals attempting suicide by self-poisoning // *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2014. Vol. 19(71). P. 1–11.

EARLY INADEQUATE SCHEMES IN SUICIDAL BEHAVIOR

Ruslan V. Kadyrov^{1, @1}, Tatyana A. Mironenko^{1, @2}

¹ Pacific State Medical University, 2, Ostryakov Ave., Vladivostok, Russia, 690002

@¹ rusl-kad@yandex.ru

@² virtus.cogitativa@gmail.com

Received 05.06.2017.

Accepted 14.09.2017.

Keywords: suicidal behavior, suicidal attempts, suicidal thoughts, early maladaptive schemas, schema therapy, hopelessness.

Abstract: The current paper features an empirical analysis of the interconnection between early maladaptive schemes and various forms of suicide behavior as well as an analysis of psycho-traumatic childhood events that form the basis for early maladaptive schemes. The article describes theoretical views on suicidal behavior formation from the point of view of early maladaptive schemes. The description includes the scheme of suicidal behavior formation by D. Lester and J. R. Rogers. It was established that the issue of the interrelation between the early maladaptive schemes and suicidal behavior makes up a perspective approach in comprehending the genesis of suicidal behavior through a further research of maladaptive schemes in people with suicidal behaviour. The analysis of the considered researches allowed the authors to make evidence-based assumptions about the role of early maladaptive schemes in the development of suicidal behavior, and will provide further diagnostic material for effective implementation of correctional strategies in scheme therapy.

For citation: Kadyrov R. V., Mironenko T. A. K voprosu rannikh dezadaptivnykh skhem v suitsidal'nom povedenii lichnosti [Early Inadequate Schemes in Suicidal Behavior]. *Bulletin of Kemerovo State University*, no. 3 (2017): 125–132. (In Russ.) DOI: 10.21603/2078-8975-2017-3-125-132.

References

1. *Predotvrashchenie samoubiistv: global'nyi imperativ* [Preventing suicide: a global imperative]. Zheneva, 2014, 102.
2. *Demograficheskii ezhegodnik Rossii. 2015* [Demographic Yearbook of Russia. 2015]. Moscow, 2015, 263.
3. Ivanova A. E., Sabgaida T. P., Semenova V. G., Antonova O. I., Nikitina S. Iu., Evdokushkina G. N., Chernobavskii M. V. *Smertnost' rossiiskikh podrostkov ot samoubiistv* [The mortality of Russian teenagers from suicide]. Moscow: IuNISEF, 2011, 133.
4. Arkhipova A. V. Statisticheskii analiz dinamiki kolichestva samoubiistv v Rossiiskoi Federatsii [Statistical analysis of the dynamics of the number of suicides in the Russian Federation]. *Organizatsiia raboty s molodezh'iu = Organization of work with youth*, no. 8 (2016). Available at: <http://ovv.esrae.ru/270-1170> (accessed 10.09.2017).
5. *Suitsidy v Rossii i Evrope* [Suicidy v Rossii i Evrope]. Ed. Polozhii B. S. Moscow: MIA, 2016, 212.
6. Polozhii B. S., Panchenko E. A. Differentsirovannaia profilaktika suitsidal'nogo povedeniia [Differentiated prevention of suicidal behavior]. *Suitsidologiya = Suicidology*, no. 1 (2012): 8–12.
7. Prilenskii B. Iu., Rodiashin E. V., Prilenskaia A. V. Integrativnyi podkhod v psikhoterapii suitsidal'nogo povedeniia [Integrative approach in the psychotherapy of suicidal behavior]. *Suitsidologiya = Suicidology*, no. 2 (2011): 49–51.

8. Ambrumova A. G. Suitsidal'noe povedenie kak ob"ekt kompleksnogo izucheniia [Suicidal behaviour as an object of complex study]. *Kompleksnye issledovaniia v suitsidologii* [A comprehensive study of suicide-studying]. Moscow: Izd-vo NII psikiatrii MZ RSFSR, 1986, 7–25.
9. Kolomytsev D. Iu., Drozdovskii Iu. V. Osobennosti kognitivnykh iskazhenii pri pogranichnykh psikhicheskikh rasstroistvakh u podrostkov, sovershivshikh suitsidal'niuiu popytku [The features of the cognitive distortions in borderline mental disorders in adolescents, and suicidal attempt]. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii = Siberian Journal of Psychiatry and Addiction Psychiatry*, no. 5(74) (2012): 39–43.
10. Truevtsev D. V. Rannie neadaptivnye skhemy pri depressii raznoi stepeni tiazhesti [Early maladaptive schemas with depression of varying severity]. *25 let Moskovskomu psikhologicheskomu obshchestvu: Iubileinyi sbornik RPO* [25 years of the Moscow psychological society: Anniversary compilation RPO]. Ed. Bogoiavlenskaia D. B., Zinchenko Iu. P. Moscow: MAKS Press, vol. 2 (2011): 22–25.
11. Piliagina G. Ia. Kognitivno-emotsional'nyi defitsit i kognitivno-emotsional'nyi disbalans v lichnostnom razviti, formirovanii psikhicheskoi patologii i patogeneze samorazrushaiushchego povedeniia [Cognitive-emotional deficits and cognitive-emotional imbalance in personal development, the formation of a mental pathology and pathogenesis of self-destructive behaviour]. *Suitsidologiya = Suicidology*, no. 4 (2013): 10–16.
12. Young J. E., Klosko J., Weishaar M. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press, 2003, 470.
13. Arntz A., Jacob G. *Prakticheskoe rukovodstvo po skhema-terapii. Metody raboty s disfunktsional'nymi rezhimami pri lichnostnykh rasstroistvakh* [A practical guide to schema therapy. Methods of working with dysfunctional modes in personality disorders]. Transl. Plotnikova E. Ed. Chernikov A. V. Moscow: Nauchnyi mir, 2016, 320.
14. Panchenko E. A. Suitsidal'noe povedenie detei kak sledstvie nedostatkov vospitaniia v roditel'skoi sem'e [Education role in a parent family in formation of suicidal behavior]. *Vestnik neurologii, psikiatrii i neirokhirurgii = Messenger of a neurology, psychiatry and neurosurgery*, no. 7 (2011): 11–16.
15. Polozhii B. S., Panchenko E. A. Faktory dinamiki suitsidal'nogo protsessa [Factors of dynamics of suicidal process]. *Psikhicheskoe zdorov'e = Mental health*, no. 9 (2011): 65–68.
16. Goschin S., Briggs J., Blanco-Lutzen S., Cohen L. J., Galynker I. Parental affectionless control and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, vol. 151(1) (2013): 1–6. DOI: 10.1016/j.jad.2013.05.096.
17. Semenova T. S. Vzaimosviaz' rannikh dezadaptivnykh skhem, suitsidal'nogo povedeniia i urovnia depressii u podrostkov s netraditsionnoi seksual'noi orientatsiei [Interrelation early the dezadaptivnykh of schemes, suicidal behavior and level of a depression at teenagers with nonconventional sex orientation]. *Aktual'nye problemy detskoj klinicheskoi psikhologii: materialy vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii studentov i molodykh uchenykh. 7 apreliia 2016 g.* [Actual problems of children's clinical psychology: Proc. all-Russian Sc.-Prac. Conf. of students and young scientists. April 7, 2016]. Orenburg: OrGMU, 2016, 87–91.
18. Bisaliev R. V., Veshneva S. A. *Suitsidal'noe povedenie u addiktov i ikh rodstvennikov* [Suicidal behavior in addicts and their relatives]. Astrakhan': FGBOU VPO AGTU, 2013, 273.
19. Platonova N. V. *Klinicheskaiia kartina psikhicheskikh rasstroistv i osobennostei psikhicheskogo razvitiia u detei, podvergnushchiesia seksual'nomu nasiliuu*. Diss. kand. med. nauk [Clinical picture of alienations and features of mental development in the children who underwent sex violence. Cand. medical Sci. Diss.]. Moscow, 2013, 131.
20. Barraclough B., Bunch J., Nelson B., Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br. J. Psychiatry*, vol. 125 (1974): 355–373.
21. Amaral A. P., Vaz Serra A. Traumatic childhood events and potential consequences in adult health. *Eur. Psychiatry*, vol. 24(S. 1) (2009): 1233. DOI: 10.1016/s0924-9338(09)71466-x.
22. Borges G., Benjet C., Medina-Mora M. E., Orozco R., Molnar B. E., Nock M. K. Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents. *J. Child Psychol. Psychiatry*, vol. 49(6) (2008): 654–666. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01868.x.
23. Vorsina O. P. Rol' sem'i v formirovanii suitsidal'nogo povedeniia [Family role in formation of suicidal behavior]. *Psikhicheskoe zdorov'e sem'i v sovremennom mire: sbornik tezisev II Rossiiskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem (Tomsk, 7–8 oktiabria 2014 g.)* [Mental health of the family in the modern world: Proc. II Russian Conf. with Intern. participation (Tomsk, October 7–8, 2014)]. Ed. Bokhan N. A. Tomsk: Ivan Fedorov, 2014, 24–32.
24. Rozanov V. A., Emiasheva Zh. V., Biron B. V. Vliianie travmy detskogo vozrasta na nakoplenie stressovykh sobytii i formirovanie suitsidal'nykh tendentsii v techenie zhizni [Influence of a trauma of children's age on accumulation of stressful events and formation of suicidal tendencies during life] *Ukr. med. chasop. = Ukrainian Medical Journal*, no. 6 (2011): 94–98.
25. Van Orden K. A., Witte T. K., Cukrovitz K. C., Braithwaite S., Selby E. A., Joiner Jr. T. E. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, vol. 117(2) (2010): 575–600.
26. Kudriavtsev I. A., Dekalo E. E. Psikhologicheskie faktory i mekhanizmy suitsidogeneza kak kriterii suitsidal'nogo riska i napravlennoi profilaktiki [Psychological factors and mechanisms of a suitsidogeneza as criteria of suicidal risk and the referred prophylaxis]. *Suitsidologiya = Suicidology*, no. 2(7) (2012): 3–11.
27. Sagalakova O. A., Truevtsev D. V., Sagalakov A. M. Tselevaia reguliatsiia deiatel'nosti pri antivital'noi nastroenosti v kontekste disfunktsional'nykh skhem i sformirovannosti kompensatornykh mekhanizmov lichnosti [Target regulation of activity at an anti-vital mood in the context of dysfunctional schemes and formation of compensatory mechanisms of the person]. *Tiumenskii meditsinskii zhurnal = Tyumen medical magazine*, no. 3 (2014): 21–28.
28. Lester D., Rogers J. R. (eds.) *Suicide: A Global Issue. Vol. 2: Prevention*. Santa Barbara: ABC-CLIO, LLC, 2013.

29. Ahmadian A., Mirzaee J., Omidbeygi M., Holsboer-Trachsler E., Brand S. Differences in maladaptive schemas between patients suffering from chronic and acute posttraumatic stress disorder and healthy controls. *Neuropsychiatr Disease and Treatment*, vol. 11 (2015): 1677–1684. DOI: 10.2147/NDT.S85959.
30. Dale R., Power K., Kane S., Stewart A. M., Murray L. The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behaviour repetition. *Archives of Suicide Research*, 14, no. 7 (2011): 311–328.
31. Wilson J. *Attachment Style and Symptoms of Psychopathology in Children in Care: An Investigation of the Mediating Role of Early Maladaptive Schemas*. DCLinPsy thesis, University of Sheffield. 23.07.2013, 165.
32. Dutra L., Callahan K., Forman E., Mendelsohn M., Herman J. Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 196 (2008): 71–74. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31815fa4c1.
33. Nilsson K. K. Early maladaptive schemas and functional impairment in remitted bipolar disorder patients Original Research Article. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, vol. 43(4) (2012): 1104–1108.
34. Darvishi F., Rahmani M. A., Akbari B., Rahbar M. A Comparison of Relationship between Early Maladaptive Schemas with Depression Severity in Suicidal Group and Non-clinical Sample. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, vol. 84(9) (2013): 1072–1077.
35. Mobed F., Naderi F. Relationship between early maladaptive schemas, flexibility of action with suicide ideation among patients with mood disorders of Ahvaz City. *International Journal of Humanities and Cultural Studies*, Special Iss. (2016): 1223–1237.
36. Cristina Pilla Della Méa, Sabrina Zancanella, Vinicius Renato Thomé Ferreira, Márcia Fortes Wagner. Early maladaptive schemas in hospitalized patients for suicide attempt. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, vol. 11(1) (2015): 3–9. DOI: 10.5935/1808-5687.20150002.
37. HelmiKhamirani M., Alizade N. S., Rezaei F. Evaluation of early maladaptive schemas of individuals attempting suicide by self-poisoning. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, vol. 19(71) (2014): 1–11.