

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

*Counseling Psychology
and Psychotherapy*

СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА: ЛИЧНОСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ: ДЕСТРУКТИВНОЕ И АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

**Банников Г.С., Вихристюк О.В., Галынкер И. —
Новый подход в диагностике суицидального
поведения: обзор зарубежных источников**

**Польская Н.А., Мельникова М.А. —
Диссоциация, травма
и самоповреждающее поведение**

**Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г. —
Антисоциальное расстройство личности
у подростков и юношей: методология и диагностика**

***SPECIAL TOPIC:
PERSONALITY PATHOLOGY:
DESTRUCTIVE AND SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR***

***Bannikov G.S., Vihristuk O.V., Galynker I. —
A New Approach to Suicidal Behavior Diagnostics:
A Review of Foreign Sources***

***Polskaya N.A., Melnikova M.A. —
Dissociation, Trauma and Self-Harm***

***Syrovkashina K.V., Dozortseva E.G. —
Antisocial Personality Disorder in Adolescence:
Methodology and Diagnostics***

**1
2020**

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ имени Л.Г. ЩУКИНОЙ

MOSCOW STATE UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY AND EDUCATION
THE FACULTY OF COUNSELING AND CLINICAL PSYCHOLOGY
THE L.G. SHCHUKINA PSYCHOLOGICAL INSTITUTE

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

Том 28. № 1 (107) 2020 январь—март

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва
Moscow

ISSN 2075-3470

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ № ФС77-36580

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

Редакционная коллегия
Н.Г. Гаранян, В.К. Зарецкий, Э. Майденберг (США),
Н.А. Польская (зам. главного редактора), Е.В. Филиппова,
А.Б. Холмогорова, П. Шайб (Германия)

Редактор
А.Ю. Разваляева

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

Адрес редакции:
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com
www.cppjournal.ru

Вопросы подписки и приобретения:
27051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

*Редакция не располагает возможностью вести переписку,
не связанную с вопросами подписки и публикаций*

*Перепечатка любых материалов, опубликованных в журнале
«Консультативная психология и психотерапия»,
допускается только с разрешения редакции*

В оформлении обложки использован фрагмент картины
И. Остроухова «Первая зелень»

**© ФГБОУ ВО МГППУ. Факультет консультативной
и клинической психологии, 2020**

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 12,7. Тираж 1000 экз.

- ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**
- 5 *Холмогорова А.Б.*
Предисловие главного редактора
- СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА: ЛИЧНОСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ:
ДЕСТРУКТИВНОЕ И АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ**
- 8 *Банников Г.С., Вихристюк О.В., Галынкер И.*
Новый подход в диагностике суицидального поведения:
обзор зарубежных источников
- 25 *Польская Н.А., Мельникова М.А.*
Диссоциация, травма и самоповреждающее поведение
- 49 *Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г.*
Антисоциальное расстройство личности у подростков
и юношей: методология и диагностика
- 63 *Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Корх М.П.,
Рахманина А.А., Быкова М.С.*
Деадаптивные личностные черты и психопатологическая
симптоматика у лиц с первой попыткой суицида
и хроническим суицидальным поведением
- ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**
- 87 *Гаранян Н.Г., Захарова Ю.В., Сорокова М.Г.*
Этические установки российских психологов-консультантов:
область разногласий и потенциальных конфликтов
- 113 *Микляева А.В., Румянцева П.В.*
«Что мне делать со своей беременностью?»: стратегии
психологического консультирования
(на материале интернет-форума)
- 127 *Собкин В.С., Федотова А.В.*
Сексуальное поведение и жизненные ориентации
в подростковом возрасте
- ЭССЕ**
- 148 *Крючков К.С.*
Отчет Хоффмана: психологи и пытки. Этический
урок для психологов
- НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**
- 166 *Довженко Т.В., Царенко Д.М., Юдеева Т.Ю.*
Биполярное аффективное расстройство. Клинические аспекты
и коморбидность с другими расстройствами
- СОБЫТИЯ**
- 180 *Зарецкий В.К.* Об учебнике С.М. Морозова
«История психологии» (Москва, 2019)
- ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ**
- 184 Новое в подходах к личностным расстройствам

- FROM THE EDITOR**
- 5 *Kholmogorova A.B.*
From the Editor
- SPECIAL TOPIC: PERSONALITY PATHOLOGY: DESTRUCTIVE AND SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR**
- 8 *Bannikov G.S., Vihristuk O.V., Galynger I.*
A New Approach to Suicidal Behavior Diagnostics:
A Review of Foreign Sources
- 25 *Polskaya N.A., Melnikova M.A.*
Dissociation, Trauma and Self-Harm
- 49 *Syrovkashina K.V., Dozortseva E.G.*
Antisocial Personality Disorder in Adolescence:
Methodology and Diagnostics
- 63 *Kholmogorova A.B., Subotich M.I., Korkh M.P.,
Rakhmanina A.A., Bykova M.S.*
Maladaptive Personality Traits and Psychopathological Symptoms
in Individuals with the First Suicidal Attempt
and with Chronic Suicidal Behavior
- EMPIRICAL RESEARCHES**
- 87 *Garanian N.G., Zakharova Yu.V., Sorokova M.G.*
Ethical Attitudes of Russian Counseling Psychologists:
Field of Disagreement and Potential Conflicts
- 113 *Miklyaeva A.V., Rumyantseva P.V.*
“What Should I Do with My Pregnancy?”:
Psychological Counseling Strategies
(As Reflected In Online Discussion)
- 127 *Sobkin V.S., Fedotova A.V.*
Sexual Behavior and Attitudes to Life in Adolescence
- ESSAY**
- 148 *Kryuchkov K.S.*
The Hoffman Report: Psychologists and Torture.
An Ethical Precaution for Psychologists
- RESEARCH REVIEWS**
- 166 *Dovzhenko T.V., Tsarenko D.M., Yudeeva T.Yu.*
Bipolar Affective Disorder. Clinical Aspects and Comorbidity
- EVENTS**
- 180 *Zaretskii V.K.*
On S.M. Morozov's “History Of Psychology” Textbook
(Moscow, 2019)
- RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY**
- 184 Novel Approaches to Personality Disorders

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА FROM THE EDITOR

ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Для цитаты: Холмогорова А.Б. Предисловие главного редактора // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 5—7. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280101>

FROM THE EDITOR

For citation: Kholmogorova A.B. From the Editor. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 5—7. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280101>. (In Russ., abstr. in Engl.)

На страницах нашего журнала мы уже не раз обращались к теме личностной патологии и тесно связанных с ней деструктивного и аутодеструктивного поведения. И вновь эта тема — в фокусе очередного выпуска. Это не случайно — эпидемиологические тенденции суицидального и самоповреждающего, а также антисоциального поведения вызывают тревогу, исследователи личностной патологии все больше пишут о проблеме незрелости и нарушений идентичности у молодого поколения. И все это — несмотря на огромные средства, которые вкладываются в исследования психологических механизмов, психосоциальных факторов и методов помощи для разных форм деструктивного поведения в развитых странах.

Мы предлагаем читателю четыре статьи, посвященные данной тематике. Их отличает высокая новизна материала и стремление авторов осветить самые последние тенденции в рассматриваемой проблеме. Три первые статьи представляют собой теоретические обзоры актуальных разработок и исследований в области диагностики суицидального, самоповреждающего и антисоциального поведения. В первой статье зафиксирован определенный

тупик, в который зашли авторы многочисленных тестов и опросников, направленных на выявление предикторов суицидального поведения. В 2016 г. в нашем журнале была опубликована статья «Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии», которая обнадеживала читателей на предмет наличия методов для выявления предикторов суицида. Однако последние отчеты суицидологов свидетельствуют о разочаровании в существующих инструментах. Так, в Британском психиатрическом журнале в 2017 году были представлены обзоры и метаанализы десятков шкал суицидального риска, используемых в прогнозировании суицидального поведения, на основании которых делается общий вывод о невысокой предсказательной ценности этих шкал с точки зрения принятия решения о клинической интервенции. Более того, указывается, что наибольшей ценностью обладают оценки, даваемые клиницистом или самим пациентом. Из статьи Г.С. Банникова, О.В. Вихристюк и нашего зарубежного коллеги — автора инновационных моделей суицидального поведения И. Галынкера — читатель сможет узнать о новых моделях и методах, которые приходят на смену опросникам.

Второй аналитический обзор Н.А. Польской и М.А. Мельниковой посвящен распутыванию сложнейших связей личностной патологии с травматическим опытом и таким грубым защитным механизмом, как диссоциация. Можно с уверенностью сказать, что обзор многое прояснит для читателя в этой запутанной триаде.

Наконец, в обзоре К.В. Сыроквашиной и Е.Г. Дозорцевой читатель сможет узнать о дискуссиях, которые ведутся зарубежными исследователями антисоциального поведения, а также о значительных сложностях в поиске предикторов перехода антисоциального поведения в подростковом и раннем юношеском возрастах в диссоциальное расстройство личности.

В четвертой тематической статье А.Б. Холмогоровой, М.И. Суботич, М.П. Корх, А.А. Рахманиной и М.С. Быковой изложены результаты эмпирического исследования: на выборке более 60 человек предпринята попытка выделения личностных предикторов хронификации суицидального поведения. На этом статьи, сфокусированные на теме «Личностная патология: деструктивное и аугодеструктивное поведение», заканчиваются.

Выпуск продолжает серия эмпирических статей и одно эссе, посвященные не менее острой в социальном и профессиональном отношении тематике, тесно связанной с этическими вопросами. Мы рады тому, что после большого перерыва, когда в 2002 году в нашем журнале была напечатана статья И. Дианковой, посвященная проблемам этики, эта чрезвычайно актуальная тема вновь поднята. Причем в статье Н.Г. Гаранян, Ю.В. Захаровой и М.Г. Сороковой нам предлагается интереснейший анализ результатов исследования выборки отечественных специалистов, практикующих психотерапию. Результаты и впечатляют, и огорча-

ют, заставляя задуматься над теми опасностями, которые грозят нашим клиентам и пациентам, да и самим специалистам, если проблема этики не займет свое достойное место на страницах журналов, на конференциях и в профессиональных дискуссиях. Очень удачно дополняет эту статью эссе К.С. Крючкова, посвященное нашумевшей истории об этических нарушениях в Американской психологической ассоциации — организации, которая много лет выработывала свой этический кодекс и тщательно следит за его соблюдением. Тем важнее извлечь из этой истории уроки нам, российским специалистам, у которых, как показано в статье Н.Г. Гаранян с соавторами, пока явно не хватает знаний и опыта в этических вопросах.

В следующей статье, А.В. Микляевой и П.В. Румянцевой, посвященной консультированию женщин по проблеме сохранения беременности, подняты не менее острые профессиональные этические вопросы. Убедать ли женщину в необходимости сохранения беременности или помочь ее самоопределению в этом вопросе — вот сложная дихотомия, в которой оказывается консультант и которая анализируется в данной статье. Наконец, статья В.С. Собкина и А.В. Федотовой, посвященная вопросам подростковой сексуальности, опять тесно соприкасается с горячими вопросами этики просвещения, социальных норм и шокирует результатами опроса большой выборки школьников, отмечая смену жизненных ориентаций и явный тренд в сторону снятия возрастных ограничений в сексуальном поведении. В нашем журнале уже публиковались статьи, касающиеся вопросов неограниченного сексуального поведения, т. е. свободной и частой смене партнеров во взрослой выборке, но такие масштабные данные о тенденциях в сексуальном поведении подростков получены впервые.

Статья авторов — Т.В. Доженко, Д.М. Царенко и Т.Ю. Юдеевой — рубрики «Научные обзоры» представляет также особый интерес, так как обзоров по современному состоянию исследований биполярного расстройства на русском языке пока очень мало. Авторы продолжают эту важную в эпидемиологическом аспекте тему, уже поднятую в предшествующем выпуске нашего журнала.

Большое удовольствие и честь для нашей редакции поздравить профессиональное сообщество с выходом нового учебника по истории психологии, написанного профессором кафедры индивидуальной психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии МГППУ С.М. Морозовым. Как построен этот учебник и в чем его изюминка, мы узнаем из публикации В.К. Зарецкого.

И как всегда, заканчивается журнал материалами дайджеста «Новое в подходах к личностным расстройствам», подготовленного Еленой Можаевой специально по теме, на которой сфокусирован этот выпуск.

СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА:

**ЛИЧНОСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ: ДЕСТРУКТИВНОЕ
И АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

**SPECIAL TOPIC: PERSONALITY PATHOLOGY:
DESTRUCTIVE AND SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR**

**НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ:
ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ ИСТОЧНИКОВ**

Г.С. БАННИКОВ

Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени
В.П. Сербского» Минздрава России, Московский государственный
психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4929-2908>,
e-mail: bannikov68@mail.ru

О.В. ВИХРИСТЮК

Московский государственный психолого-педагогический
университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5982-1098>,
e-mail: vihristukov@mgppu.ru

И. ГАЛЫНКЕР

Школа медицины Икана, медицинский центр Маунт-Синай,
Семейный центр биполярного расстройства личности Ричарда
и Синтии Зирински, Нью-Йорк, США
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8083-9479>,
e-mail: igalynke@gmail.com

Представлен обзор исследований, содержащих инновационные стратегии
профилактики самоубийства, методов и подходов к диагностике риска су-
СС ВУ-NC

ицида. Рассматриваются новые подходы к созданию эффективного инструментария оценки риска самоубийства, в основе которых — выстраивание более доверительных отношений с пациентом/клиентом и фокус на переживаниях самого врача/психотерапевта. Описываются комплексная нарративно-кризисная модель самоубийства, включающая долгосрочные и краткосрочные факторы риска суицидального поведения; суицидальный кризисный синдром как составная часть модели. Делаются выводы о современных тенденциях в области переоценки эффективности диагностических методов суицидального риска. Необходимо разрабатывать и внедрять в практику инструменты, позволяющие оценивать острые состояния и обладающие хорошей предсказательной валидностью.

Ключевые слова: самоубийство, методы диагностики суицидального поведения, суицидальный кризисный синдром, нарративно-кризисная модель самоубийства.

Для цитаты: Банников Г.С., Вихристюк О.В., Галынкер И. Новый подход в диагностике суицидального поведения: обзор зарубежных источников // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 8—24. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280102>

A NEW APPROACH TO SUICIDAL BEHAVIOR DIAGNOSTICS: A REVIEW OF FOREIGN SOURCES

GENNADY S. BANNIKOV

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4929-2908>,
e-mail: bannikov68@mail.ru

OLESYA V. VIHRISTUK

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5982-1098>,
e-mail: vihristukov@mgppu.ru

IGOR GALYNKER

Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Mount Sinai Beth Israel, Richard and Cynthia Zirinsky Family Center for Bipolar Disorder, New York, USA,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8083-9479>,
e-mail: igalynke@gmail.com

The paper presents a review of the studies on innovative suicide prevention strategies, methods, and approaches to diagnosing suicide risk. We examine the results of the studies that allow developing new approaches to creating effective suicide risk

assessment tools, based on building a trusting relationship with the patient/client and focusing on the doctor's/therapist's own emotional experiences. We describe a complex narrative-crisis model of suicide that includes long-term and short-term risk factors for suicidal behavior and incorporates the suicidal crisis syndrome. We conclude with describing modern tendencies in suicide risk diagnostics — namely, overestimating the methods' efficiency. New methods for assessing critical states possessing good predictive validity should be developed and implemented.

Keywords: suicide, diagnostic methods for suicidal behavior, suicidal crisis syndrome, narrative crisis model of suicide.

For citation: Bannikov G.S., Vihristuk O.V., Galynker I. A New Approach to Suicidal Behavior Diagnostics: A Review of Foreign Sources. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 8—24. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280102>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Несмотря на многолетние клинические исследования в области профилактики суицидов, самоубийства остаются актуальной общественной проблемой во всем мире. Отмечается, что вопреки возросшему вниманию общественности и продолжающимся исследованиям в области профилактики самоубийств, например в США, на протяжении последних 20 лет число самоубийств быстро растет: уровень самоубийств повысился на 30% в период с 1999 по 2016 год и является десятой ведущей причиной смерти среди населения США [8; 30]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает актуальной разработку, внедрение и оценку инновационных стратегий профилактики самоубийств [24]. В частности, необходим инструментарий для оценки острых краткосрочных, а не хронических суицидальных рисков [23].

Целью статьи является обзор современных зарубежных направлений, тенденций в области поиска эффективных методов диагностики суицидального риска.

В мировой практике ведутся активные поиски надежного валидного инструмента оценки суицидального риска [1; 2]. Например, специалисты Австралийского института исследований и профилактики самоубийств (*The Australian Institute for Suicide Research and Prevention; AISRAP*) ставят задачу «смены парадигмы» в диагностических процедурах, направленных на предсказание суицидального риска, аргументируя это данными исследований [13—15; 27]. Работы этих специалистов показали достаточно низкий уровень точности «предсказания» совершения суицида в ближайшем будущем. Так, например, зачастую пациенты, идентифицированные как не входящие в группу риска, после прохождения многочисленных общепризнанных методик диагностики суицидального риска впоследствии совершили самоубийство, тогда как люди, пока-

завшие высокий суицидальный риск, в период наблюдений не совершили попыток суицида [13; 15; 27].

Косвенно подтверждение этому можно найти на основании данных Центров по контролю и профилактике заболеваний (США); в выборке из более чем 20000 самоубийств о намерении покончить жизнь самоубийством сообщили только 24,5% обследуемых, имеющих психические заболевания, и 22,4% обследуемых, у которых не было известных психических заболеваний [30]. Следовательно, применение мультиинформационного подхода, включающего «эмоциональную реакцию врачей на пациента», может повысить эффективность оценки риска совершения самоубийства [4].

Австралийские специалисты [18; 20] показали неэффективность принятой типологизации суицидального риска по принципу «низкий, средний, высокий». Систематический обзор и метаанализ способности оценочных шкал прогнозировать суицид и акты самоповреждений показал, что ни одна из них не предоставляет достаточных доказательств, подтверждающих ее эффективное использование в прогнозировании самоубийств [9]. Кроме того, «... использование этих шкал или чрезмерная опора на выявление факторов риска в клинической практике могут привести к ложным результатам и, следовательно, быть потенциально опасными» [9, с. 277].

Вместе с тем отказ от формализованных процедур оценки суицидального риска может оказаться рискованным шагом. Как предполагает Брайан Дрейпер (*B. Draper*), эффективная оценка суицидального риска — это систематический процесс, фокусирующийся на обстоятельствах жизненной ситуации человека (включая ряд социальных, экологических, ситуационных, семейных и других областей) и включающий ряд конвергентных процедур сбора данных (например, интервью с семьей, значимыми другими, на рабочем месте и т. д.) [11]. Целью оценки суицидального риска должно быть снижение этого риска, информирование об эффективной и персонализированной помощи человеку в кризисном состоянии, поддержание способности к личностному росту и самовосстановлению; в конечном счете, необходимо улучшить жизненные мотивы и усилить желание жить [11].

В медицинской практике в оппозиции к традиционному подходу к оценке суицидального риска, считающемуся слишком медикализированным и обезличенным, возникает подход к оценке риска, базирующийся на сотрудничестве и клиентоориентированности («терапевтическом альянсе»), при котором сам клиент выступает в качестве «эксперта своей суицидальности» [22].

Вместе с тем специалисты отмечают, что для создания эффективно-инструментария оценки риска самоубийства необходимо учитывать,

что, во-первых, полезность непосредственного заявления клиента о своем намерении совершить суицид для выявления неминуемого риска переоценена [30]; а во-вторых, несмотря на то, что рекомендуемым подходом в психиатрии при оценке суицидального риска является интеграция данных, полученных от многочисленных информаторов (близких, сослуживцев, знакомых, информации из социальных сетей и пр.), этот параметр недостаточно используется в инструментах оценки риска самоубийств [17]. Такой широко распространенный инструмент для оценки риска самоубийств, как самоотчет о суицидальных мыслях, оказывается не является однозначно достоверным в предсказании риска суицидальных действий, особенно в краткосрочный период [29].

Пытаясь преодолеть вышеописанные противоречия, суицидологи стремятся создать диагностический инструментарий, позволяющий более эффективно оценивать риск самоубийства.

Так, уже упомянутая группа исследователей из AISRAP составила Скрининговый инструмент для оценки риска самоубийства (*Screening Tool for Assessing Risk of Suicide, STARS*) [14]. STARS — не количественная, а качественная методика, направленная на получение данных, основанных на рассказе клиента о текущем суицидальном состоянии. В основании данного инструмента — идея важности терапевтического альянса пациента и психотерапевта, акцент на сотрудничестве как главном средстве получения, раскрытия информации о возможном самоубийстве.

Авторы скрининга полагают, что обычно испытываемое чувство стыда по поводу переживания суицидальности, которое часто препятствует такому раскрытию, может быть смягчено доверительным и чутким терапевтическим альянсом. Они предлагают (нелинейно) специалисту (врачу, психотерапевту, психологу) придерживаться определенной структуры в проведении консультативной работы с клиентом [14]. Например, для проведения полуструктурированного интервью с клиентом предлагается учитывать (и фиксировать результаты в соответствующих опросных листах) несколько областей: а) первичные кризисные вопросы о суицидальном поведении; б) факторы риска суицидального поведения (причем если суицидальное поведение «не является критическим», то предлагается начать опрос с «ненавязчивого расспроса в виде обычного разговора»); в) антисуицидальные или «защитные» факторы [14].

Авторы подчеркивают, что разделы опросника и его вопросы не являются последовательными и разработаны как примеры для облегчения доступа к переживаниям клиента. Инструментарий также содержит раздел клинических замечаний, т. е. заметок специалиста, документирующих ряд заключений, выводов, основанных на работе с клиентом, для облегчения дальнейшей работы с ним других специалистов, с целью составления плана безопасности и пр. Авторы подчеркивают, что данные,

полученные в результате использования STARS, не могут быть достаточно надежными, когда они получены от одного клиента, несмотря на признание того, что он является лучшим автором своей истории; даже в контексте самой глубокой вовлеченности в терапевтический процесс действительное намерение умереть может быть не раскрыто. Поэтому авторы скрининга настоятельно рекомендуют (несмотря на трудоемкость) документировать информацию, полученную от ближайших родственников, партнеров, друзей, близких клиента [14].

Заключительный раздел STARS условно можно охарактеризовать как планирование безопасности. Раздел содержит: результаты консультирования клиента по поводу нахождения стратегий удержания от суицидальных действий, информацию о готовности клиента к поиску выхода из создавшейся ситуации, его готовности искать и принимать разного вида помощь в преддверии кризисного (предсуицидального) состояния. Дополнительно уделяется внимание выработанному совместно клиентом и специалистом плану мероприятий (содержательных и организационных), направленных на снижение риска суицида. Специалисту также рекомендуется документировать свои консультации, проведенные с родственниками, опекунами клиента, другими специалистами. Заключительный раздел скрининга содержит выводы о наблюдаемой и прогнозируемой суицидальной активности клиента, о выработанной стратегии безопасности для клиента, дальнейшие наблюдения за выполнением стратегии, доказательства проведенных дополнительных консультаций с коллегами-специалистами [14].

Авторы скрининга убеждены в том, что данный метод позволит не только более деликатно диагностировать суицидальный риск, но и уменьшать тревожность специалиста, одновременно повышая эффективность помощи клиенту [14].

Другой группой исследователей предлагается Модульная оценка риска неминуемого самоубийства (*Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide, MARIS*) [7]. Инструментарий учитывает: 1) важность зависящих от состояния пациента факторов риска суицида; 2) необходимость косвенной оценки суицидальных намерений, а не только самоотчетов о суицидальных намерениях; 3) «традиционные» факторы риска; 4) эмоциональные реакции врачей на суицидальных пациентов. Методика рассчитана на использование при стационарном лечении и состоит из четырех модулей (два из которых оцениваются самим пациентом, а два врачами). Первые два модуля (для пациентов) оценивают: 1) предшествующее самоубийству наличие определенного когнитивного/аффективного состояния (чувство безвыходности ситуации в сочетании с эмоциональной и когнитивной дисрегуляцией) и 2) общее отношение пациентов к самоубийству (следует избегать прямых вопросов о непосредственном намерении самоубий-

ства). Два модуля, предназначенные для заполнения врачами, изучают: 1) стандартные факторы суицидального риска (например, предыдущая попытка самоубийства, злоупотребление психоактивными веществами) и 2) эмоциональные реакции врачей на пациента [7].

Примеры вопросов, содержащихся в модулях, приведены далее.

— Модуль самоотчета пациента (модуль 1) содержит вопросы: «Вы чувствовали, что ваша голова может взорваться от слишком большого количества мыслей?», «Вас беспокоили мысли, которые не имели смысла?», «Неужели вы попали в ловушку?» и пр.

— Модуль-опросник мнения пациента о самоубийстве (модуль 2) содержит утверждения для оценки, например: «Большинство людей, совершающих самоубийство, не верят в загробную жизнь», «Иногда суицид происходит только из-за жизненных проблем», «Обычно родственники жертвы самоубийства не имели ни малейшего представления о том, что происходит вокруг нее (жертвы)», «Длительное саморазрушительное поведение, такое как алкоголизм, может представлять собой бессознательное самоубийство» и т. д.

— Модуль оценки врачом стандартных факторов риска (модуль 3) включает сведения о способе предыдущей попытки суицида (если она была), сведения о том, употребляет ли пациент алкоголь (или страдает алкоголизмом), способен ли он мыслить рационально, сообщает ли о намерении завершить жизнь и пр.

— Модуль описания врачом своих эмоциональных реакций на пациента (модуль 4) содержит вопросы типа: «Мне казалось, что у меня связаны руки или что я попал в затруднительное положение» (при общении с пациентом), «Я чувствовал(а) себя виноватым/ой из-за своих чувств к нему/к ней», «Я думал, что для него/для нее жизнь действительно не стоит того, чтобы жить», «От этого пациента у меня мурашки побежали по коже», «Мне пришлось заставить себя соединиться с ним/с ней», «Я чувствую, что способен(на) помочь ему/ей» и пр. [7].

Результаты внедрения данного инструментария показали, что возможно предсказывать краткосрочный риск суицида без опоры на непосредственное вербальное заявление самого пациента, причем наиболее значимые результаты получены по модулю 4 (эмоциональные реакции врача на пациента) [7].

Описанные выше работы по диагностике суицидального риска в основном ставят задачу исследования краткосрочного прогноза совершения суицида. Причем авторы утверждают, что традиционная оценка факторов риска самоубийств ограничена, во-первых, тем, что исследования, как правило, рассматривали индивидуальные факторы риска изолированно, а не во взаимодействии друг с другом; во-вторых, оценка риска часто недостаточно «чувствительна ко времени», так что большинство

выявленных факторов риска суицида являются прогностическими для хронического, а не для острого риска [10; 19; 25; 26].

Многообразии существующих моделей суицидального поведения (модель развития суицидального поведения у подростков, интерперсональная модель, когнитивная теория суицидального поведения, интегративная модель суицидального поведения, мотивационно-волевая модель, концептуальная модель суицидального поведения) позволяет в целом приблизиться к пониманию необходимости изучения различий между долгосрочным и краткосрочным суицидальным риском [3; 5; 16; 21; 25; 32]. Так например, многие современные теории основаны на модели, предложенной Дэвидом Шлоттом и Джорджем Кламом (*Schotte D.E., Clum G.A.*) еще в 80-х годах XX века, в которой ранее существовавшие уязвимости, будь то биологические или когнитивные, становятся острыми факторами риска в момент, когда они усугубляются сильным для человека стрессом [28]. Аналогично ряд авторов проводят различие между факторами риска и факторами, приводящими к самоубийству, причем первые представляют собой долгосрочные факторы уязвимости, а вторые — непосредственные причины, вызывающие суицид [31]. В мотивационно-волевой модели авторы предлагают двухступенчатую модель, в которой суицидальная идея имеет место на мотивационной стадии, а суицидальное действие — на волевой стадии [25]. Во время мотивационной стадии переживания поражения и унижения вызывают чувство безвыходности, которое затем порождает суицидальные идеи и намерения. Основные показатели мотивационной стадии включают в себя стратегии реагирования человека на недостижимые цели, на восприятие себя как обременительного для общества и чувство отсутствия принадлежности к группе. Волевые показатели включают импульсивность, приобретенные способности, облегчающие суицид (бесстрашие, повышенный болевой порог), социальный опыт и доступ к средствам совершения суицида [25] (рис.).

Согласно комплексной нарративно-кризисной модели самоубийства, люди достигают суицидального кризиса, если у них есть особая уязвимость и если они переживают свою историю жизни как тупиковую последовательность событий — суицидальный нарратив [12]. Модель состоит из трех компонентов: уязвимые черты характера, суицидальный нарратив и синдром суицидального кризиса. Черты уязвимости включают в себя все статические факторы риска, которые относительно стабильны во времени и не связаны с острым суицидальным поведением. Они также включают в себя факторы врожденного темперамента, такие как бесстрашие и пессимизм, ранние неблагоприятные переживания, например, травма в детстве, и культурные и социальные факторы, такие как социальная приемлемость самоубийства в качестве решения проблем. Суицидальный нарратив, второй компонент модели, вытекает из теории нарратив-

ной идентичности, которая постулирует, что индивиды формируют свою идентичность, интегрируя свой жизненный опыт во внутреннюю развивающуюся автобиографическую историю, которая дает людям чувство целостности и цели в жизни. Модель нарративно-кризисного положения предполагает, что самоубийцы чувствуют себя охваченными своими суицидальными повествованиями или идеями о бесполезном прошлом, невыносимом настоящем или отсутствии будущего [6; 12]. Синдром суицидального кризиса, третий компонент нарративно-кризисной модели, представляет собой эмоциональное состояние, характеризующееся невыносимой тревогой, возбуждением, острой ангедонией, потерей когнитивного контроля. Результатом такого состояния становится самоубийство, вызванное эмоциональным побуждением прекратить боль и мучительные негативные размышления. Модель нарративного кризиса постулирует, что неизбежный риск самоубийства в первую очередь определяется интенсивностью синдрома суицидального кризиса, которую можно измерить по шкале суицидальных кризисов [6; 12].



Рис. Нарративно-кризисная модель развития суицидального поведения [10; 12].

Важно отметить, что в то время как активизация нарратива происходит в контексте суицидального кризиса, сам по себе нарратив (как в значительной степени когнитивная конструкция) недостаточен для того, чтобы реально ускорить суицидальное поведение. Но повествование о суицидальных мыслях и намерениях повышает риск суицидального поведения через запуск острого негативного аффективного состояния, которое ав-

торы назвали суицидальным кризисным синдромом (СКС) [10; 33]. При этом хотя склонность к активизации нарратива может представлять собой устойчивую черту характера некоторых людей, активизация суицидального повествования в целом создает острое психологическое состояние, способствующее заметному повышению суицидального риска. Также авторы допускают возможность, что суицидальное повествование ускоряет СКС или что СКС активизирует суицидальное повествование и/или они оказывают взаимно усугубляющее воздействие друг на друга [10].

Таким образом, авторы считают, что хотя суицидальный нарратив обеспечивает когнитивное содержание, в котором самоубийство становится приемлемым вариантом для решения проблемы, именно СКС в конечном счете запускает суицидальное поведение [10; 33].

Для проверки своих предположений авторский коллектив [10] с помощью колумбийской шкалы оценки тяжести суицида (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale*) обследовал 289 амбулаторных психиатрических пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с расстройствами настроения или психотическими расстройствами, находившихся в крупной городской больнице (США). Также в процессе обследования производилась оценка тяжести суицидальных явлений, включающая в себя суицидальные идеи, подготовку и действия (на основе сообщений пациентов о наличии у них в прошлом суицидальных мыслей или действий, прерванных по собственной воле или третьим лицом попыток суицида). Оценка суицидальных явлений проводилась в трех временных рамках: за прошедший месяц, за прошедшее время (исключая прошедший месяц) и за всю жизнь (прошедшее время и прошедший месяц).

Были также использованы два авторских опросника [10]:

— опросник для оценки СКС (содержащий 50 утверждений, предлагаемых к оценке по четырехбалльной шкале). Данный опросник состоит из 5 субшкал, фиксирующих на основе самоотчета наличие ощущения безвыходности (ловушки), чрезмерной подавленности, панической диссоциации, страха смерти, эмоциональной боли.

— опросник суицидального нарратива (содержащий 132 вопроса, предполагающих ответы по пятибалльной шкале). Для данного исследования использовались 6 шкал методики: социальное поражение, личное унижение, нарушенное чувство принадлежности, восприятие себя бременем для других, недостижимость целей и невозможность вернуться к реалистичным целям.

Стоит отметить, что по всей выборке суицидальные намерения фиксировались очень часто, причем более 85% испытуемых сообщили о том, что в течение всей жизни имели место те или иные формы суицидальных проявлений, и более трети сообщили о фактических суицидальных попытках. Более 50% обследованных сообщили о некоторых типах суицидальных проявлений за предыдущий месяц [10].

Исследователи выдвинули гипотезу о том, что шесть различных психологических факторов риска сольются в единую конструкцию, называемую суицидальным нарративом [10]. Частично гипотеза подтвердилась, но вместо одного компонента в результате анализа выделилось два независимых фактора: межличностный и фактор ориентации на цель. Межличностный фактор, состоящий в основном из восприятия себя бременем для других, социального поражения, унижения и подавленной принадлежности, отражает глубоко негативный взгляд на себя по отношению к другим людям, характеризующийся отчуждением и стыдом. Более того, межличностный фактор был существенно связан с суицидальными явлениями во всех трех временных диапазонах. Таким образом, потеря надежды на привязанность к другим и/или основополагающего чувства собственного достоинства может привести к экзистенциальному кризису, в результате которого сама жизнь теряет свою ценность. Межличностный фактор также значимо коррелировал с тяжестью СКС. Авторами обсуждается многомерность суицидального кризиса, включающего как когнитивные, так и аффективные элементы. Фактор ориентации на цель включает недостижимость целей и невозможность вернуться к реалистичным целям и в меньшей степени — личное унижение. Этот фактор относится к гибкости и устойчивости человека перед лицом своих неудовлетворенных целей. Люди с трудностями в этой области становятся заикленными на поставленной цели и не могут переориентироваться, когда цель не может быть достигнута. Связь фактора со шкалой унижения говорит о том, что фрустрация цели в какой-то степени связана с чувством унижительной неудачи. Удивительно, но фактор ориентации на цель не коррелировал с суицидальными явлениями в любой момент времени [10]. Это не согласуется с предыдущими исследованиями [25]. Кроме того, вопреки ожиданиям исследователей фактор ориентации на цель не имел никакого отношения к СКС.

Выводы

1. Среди зарубежных специалистов происходит переоценка эффективности традиционных методов диагностики суицидального риска.
2. Поиски эффективных методов диагностики суицидального риска уводят специалистов от простой фиксации самоотчетов клиента/пациента к проведению подробных консультаций с широким кругом близких, родных, сослуживцев клиента/пациента, а также документированию личных переживаний от общения с клиентом/пациентом.
3. Необходимо разрабатывать новые инструменты для оценки острых краткосрочных суицидальных рисков [4].
4. Комплексная нарративно-кризисная модель самоубийства включает в себя долгосрочные и краткосрочные факторы риска и на сегодняшний

день является наиболее разработанной клинико-психопатологической моделью и может быть использована в отечественной практике после проведения соответствующих дополнительных исследований, валидации и пр.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Банников Г.С., Вихристюк О.В.* Раннее выявление актуальных и потенциальных факторов риска суицидального поведения среди несовершеннолетних // Психическое здоровье и образование: сборник научных статей по материалам II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века» (г. Москва, 5—7 октября 2018 г.). М.: ИД «Городец», 2018. С. 237—240.
2. *Банников Г.С., Вихристюк О.В., Федунина Н.Ю.* Применение технологии выявления факторов риска развития суицидального поведения среди подростков и молодежи // Психологическая наука и образование. 2018. Т. 23. № 4. С. 91—101. doi:10.17759/pse.2018230409
3. *Положий Б.С.* Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. Т. 6. № 1. С. 3—7.
4. *Barzilay S., Yaseen Z.S., Hawes M., et al.* Determinants and predictive value of clinician assessment of short-term suicide risk // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019. Vol. 49 (2). P. 614—626. doi:10.1111/sltb.12462
5. *Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A.* Adolescent suicide and suicidal behavior // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006. Vol. 47 (3/4). P. 372—394. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
6. *Calati R., Nemeroff C.B., Lopez-Castroman J., et al.* Candidate biomarkers of suicide crisis syndrome: What to test next? A concept paper [Электронный ресурс] // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2019. URL: <https://academic.oup.com/ijnp/advance-article/doi/10.1093/ijnp/pyz063/5645557> (дата обращения: 5.12.2019). doi:10.1093/ijnp/pyz063
7. *Calati R., Cohen L.J., Schuck A., et al.* The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS): A validation study of a novel tool for suicide risk assessment // *Journal of Affective Disorders*. 2020. Vol. 263. P. 121—128. doi:10.1016/j.jad.2019.12.001
8. *Centers for Disease Control and Prevention.* Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) from National Center for Injury Prevention and Control, 2016 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html> (дата обращения: 1.12.2019).
9. *Chan M.K.Y., Bhatti H., Meader N., et al.* Predicting suicide following self-harm: A systematic review of risk factors and risk scales // *British Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 209 (4). P. 277—283. doi:10.1192/bjp.bp.115.170050
10. *Cohen L.J., Gorman B., Briggs J., et al.* The suicidal narrative and its relationship to the suicide crisis syndrome and recent suicidal behavior // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019. Vol. 49 (2). P. 413—422. doi:10.1111/sltb.12439
11. *Draper B.* Isn't it a bit risky to dismiss suicide risk assessment? // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2012. Vol. 46 (4). P. 385—386. doi:10.1177/0004867411433222

12. *Galynker I.* The Suicidal Crisis Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk. New York: Oxford University Press, 2017. 344 p.
13. *Goldstein R.B., Black D.W., Nasrallah A., et al.* The prediction of suicide: Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders // *Archives of General Psychiatry*. 1991. Vol. 48 (5). P. 418—422. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810290030004
14. *Hawgood J., De Leo D.* Suicide Prediction — A Shift in Paradigm Is Needed // *Crisis*. 2016. Vol. 37 (4). P. 251—255. doi:10.1027/0227-5910/a000440
15. *Jacobs D.G., Brewer M., Klein-Benheim M.* Suicide assessment: An Overview and recommended protocol // *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* / D.G. Jacobs (ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass. 1999. P. 3—39.
16. *Joiner T.E.* Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005. 276 p. doi:10.2307/j.ctv9jghv2f
17. *Kraemer H.C., Measelle J.R., Ablow J.C., et al.* A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: mixing and matching contexts and perspectives // *The American Journal of Psychiatry*. 2003. Vol. 160 (9). P. 1566—1577.
18. *Large M., Kanesson M., Myles N., et al.* Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: Heterogeneity in results and lack of improvement over time [Электронный ресурс] // *PLoS ONE*. 2016. Vol. 11 (6). URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156322> (дата обращения: 8.12.2019). doi:10.1371/journal.pone.0156322
19. *Large M., Sharma S., Cannon E., et al.* Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: A systematic meta-analysis // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. 45 (8). P. 619—628. doi:10.3109/00048674.2011.590465
20. *Large M., Ryan C.J.* Letter to the editor: Screening for suicide: A comment on Steeg et al. // *Psychological Medicine*. 2012. Vol. 42 (9). P. 2011—2012. doi:10.1017/S0033291712001377
21. *Mann J.J.* The neurobiology of suicide // *Nature Medicine*. 1998. Vol. 4 (1). P. 25—30. doi:10.1038/nm0198-025
22. *Michel K., Jobes D.A.* Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington, DC: American Psychological Association, 2010. 428 p.
23. National Action Alliance for Suicide Prevention: Research Prioritization Task Force. A prioritized research agenda for suicide prevention: an action plan to save lives [Электронный ресурс]. Rockville, MD: National Institute of Mental Health and the research prioritization Task Force, 2014. URL: <https://theactionalliance.org/sites/default/files/agenda.pdf> (дата обращения: 1.11.2019).
24. National Suicide Prevention strategies: progress, examples and indicators [Электронный ресурс]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2018. 79 p. URL: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/ (дата обращения: 18.12.2019).
25. *O'Connor R.C.* The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior // *Crisis*. 2011. Vol. 32 (6). P. 295—298. doi:10.1027/0227-5910/a000120
26. *Oquendo M.A., Currier D., Mann J.J.* Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? //

Acta Psychiatrica Scandinavica. 2006. Vol. 114 (3). P. 151—158. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x

27. Pokorny A.D. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study // Archives of General Psychiatry. 1983. Vol. 40 (3). P. 249—257.
28. Schotte D.E., Clum G.A. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1987. Vol. 55 (1). P. 49—54. doi:10.1037/0022006X.55.1.49
29. Schuck A., Calati R., Barzilay S., et al. Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis // Behavioral Sciences & the Law. 2019. Vol. 37 (3). P. 223—239. doi:10.1002/bsl.2397
30. Stone D.M., Simon T.R., Fowler K.A., et al. Vital signs: trends in state suicide rates — United States, 1999–2016 and circumstances contributing to suicide — 27 States, 2015 // Morbidity and Mortality Weekly Report. 2018. Vol. 67 (22). P. 617—624. doi:10.15585/mmwr.mm6722a1
31. Tucker R.P., Crowley K.J., Davidson C.L., et al. Risk factors, warning signs, and drivers of suicide: What are they, how do they differ, and why does it matter? // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2015. Vol. 45 (6). P. 679—689. doi:10.1111/sltb.12161
32. Wenzel A., Beck A.T. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment // Applied and Preventive Psychology. 2008. Vol. 12 (4). P. 189—201. doi:10.1016/j.appsy.2008.05.001
33. Yaseen Z.S., Hawes M., Barzilay S., et al. Predictive Validity of Proposed Diagnostic Criteria for the Suicide Crisis Syndrome: An Acute Presuicidal State // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2019. Vol. 49 (2). P. 1124—1135. doi:10.1111/sltb.12495

REFERENCES

1. Bannikov G.S., Vikhristyuk O.V. Rannee vyyavlenie aktual'nykh i potentsial'nykh faktorov riska suitsidal'nogo povedeniya sredi nesovershennoletnikh [Early identification of current and potential risk factors for suicidal behavior among minors]. Psikhicheskoe zdorov'e i obrazovanie: sbornik nauchnykh statei po materialam II Kongressa «Psikhicheskoe zdorov'e cheloveka XXI veka» (g. Moskva, 5—7 oktyabrya 2018 g.) [Mental Health and Education: Collection of Scientific Papers of the II Congress on Mental Health: *Meeting the Needs of the XXI Century*]. Moscow: Gorodets Publ., 2018, pp. 237—240.
2. Bannikov G.S., Vikhristyuk O.V., Fedunina N.Yu. Primenenie tekhnologii vyyavleniya faktorov riska razvitiya suitsidal'nogo povedeniya sredi podrostkov i molodezhi [Application of technology for identifying risk factors for developing suicidal behavior among adolescents and young people]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2018. Vol. 23 (4), pp. 91—101. doi:10.17759/pse.2018230409
3. Polozhii B.S. Kontseptual'naya model' suitsidal'nogo povedeniya. *Suitsidologiya [Suicidology]*, 2015. Vol. 6 (1), pp. 3—7.
4. Barzilay S., Yaseen Z.S., Hawes M., et al. Determinants and predictive value of clinician assessment of short-term suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2019, Vol. 49 (2), pp. 614—626. doi:10.1111/sltb.12462

5. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006. Vol. 47 (3/4), pp. 372—394. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
6. Calati R., Nemeroff C.B., Lopez-Castroman J., et al. Candidate biomarkers of suicide crisis syndrome: What to test next? A concept paper [Elektronnyi resurs]. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 2019. Available at: <https://academic.oup.com/ijnp/advance-article/doi/10.1093/ijnp/pyz063/5645557> (Accessed 5.12.2019). doi:10.1093/ijnp/pyz063
7. Calati R., Cohen L.J., Schuck A., et al. The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS): A validation study of a novel tool for suicide risk assessment. *Journal of Affective Disorders*, 2020. Vol. 263, pp. 121—128. doi:10.1016/j.jad.2019.12.001
8. Centers for Disease Control and Prevention. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) from National Center for Injury Prevention and Control, 2016 [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html> (Accessed 1.12.2019).
9. Chan M.K.Y., Bhatti H., Meader N., et al. Predicting suicide following self-harm: A systematic review of risk factors and risk scales. *British Journal of Psychiatry*, 2016. Vol. 209 (4), pp. 277—283. doi:10.1192/bjp.bp.115.170050
10. Cohen L.J., Gorman B., Briggs J., et al. The suicidal narrative and its relationship to the suicide crisis syndrome and recent suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2019. Vol. 49 (2), pp. 413—422. doi:10.1111/sltb.12439
11. Draper B. Isn't it a bit risky to dismiss suicide risk assessment? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2012. Vol. 46 (4), pp. 385—386. doi:10.1177/0004867411433222
12. Galynker I. *The Suicidal Crisis Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk*. New York: Oxford University Press, 2017. 344 p.
13. Goldstein R.B., Black D.W., Nasrallah A., et al. The prediction of suicide: Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1991. Vol. 48 (5), pp. 418—422. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810290030004
14. Hawgood J., De Leo D. Suicide Prediction — A Shift in Paradigm Is Needed *Crisis*, 2016. Vol. 37 (4), pp. 251—255. doi:10.1027/0227-5910/a000440
15. Jacobs D.G., Brewer M., Klein-Benheim M. Suicide assessment: An Overview and recommended protocol. In Jacobs D.G. (ed.). *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 1999, pp. 3—39.
16. Joiner T.E. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005. 276 p. doi:10.2307/j.ctvjghv2f
17. Kraemer H.C., Measelle J.R., Ablow J.C., et al. A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: mixing and matching contexts and perspectives. *The American Journal of Psychiatry*, 2003. Vol. 160 (9), pp. 1566—1577.
18. Large M., Kaneson M., Myles N., et al. Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: Heterogeneity in results and lack of improvement over time [Elektronnyi resurs]. *PLoS ONE*, 2016. Vol. 11 (6).

Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156322> (Accessed 8.12.2019). doi:10.1371/journal.pone.0156322

19. Large M., Sharma S., Cannon E., et al. Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: A systematic meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2011. Vol. 45 (8), pp. 619–628. doi:10.3109/00048674.2011.590465
20. Large M., Ryan C.J. Letter to the editor: Screening for suicide: A comment on Steeg et al. *Psychological Medicine*, 2012. Vol. 42 (9), pp. 2011–2012. doi:10.1017/S0033291712001377
21. Mann J.J. The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 1998. Vol. 4 (1), pp. 25–30. doi:10.1038/nm0198-025
22. Michel K., Jobes D.A. Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington, DC: American Psychological Association, 2010. 428 p.
23. National Action Alliance for Suicide Prevention: Research Prioritization Task Force. A prioritized research agenda for suicide prevention: an action plan to save lives [Elektronnyi resurs]. Rockville, MD: National institute of mental Health and the research prioritization Task Force, 2014. Available at: <https://theactionalliance.org/sites/default/files/agenda.pdf> (Accessed 1.11.2019).
24. National Suicide Prevention strategies: progress, examples and indicators [Elektronnyi resurs]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2018. 79 p. Available at: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/ (Accessed 18.12.2019).
25. O'Connor R.C. The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. *Crisis*, 2011. Vol. 32 (6), pp. 295–298. doi:10.1027/0227-5910/a000120
26. Oquendo M.A., Currier D., Mann J.J. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006. Vol. 114 (3), pp. 151–158. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x
27. Pokorny A.D. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 1983. Vol. 40 (3), pp. 249–257.
28. Schotte D.E., Clum G.A. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987. Vol. 55 (1), pp. 49–54. doi:10.1037/0022006X.55.1.49
29. Schuck A., Calati R., Barzilay S., et al. Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral Sciences & the Law*, 2019. Vol. 37 (3), pp. 223–239. doi:10.1002/bsl.2397
30. Stone D.M., Simon T.R., Fowler K.A., et al. Vital signs: trends in state suicide rates — United States, 1999–2016 and circumstances contributing to suicide — 27 States, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2018. Vol. 67 (22), pp. 617–624. doi:10.15585/mmwr.mm6722a1
31. Tucker R.P., Crowley K.J., Davidson C.L., et al. Risk factors, warning signs, and drivers of suicide: What are they, how do they differ, and why does it matter? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2015. Vol. 45 (6), pp. 679–689. doi:10.1111/sltb.12161
32. Wenzel A., Beck A.T. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 2008. Vol. 12 (4), pp. 189–201. doi:10.1016/j.appsy.2008.05.001

33. Yaseen Z.S., Hawes M., Barzilay S., et al. Predictive Validity of Proposed Diagnostic Criteria for the Suicide Crisis Syndrome: An Acute Presuicidal State. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2019. Vol. 49 (2), pp. 1124—1135. doi:10.1111/sltb.12495

Информация об авторах

Банников Геннадий Сергеевич, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии, Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России; старший научный сотрудник Центра экстренной психологической помощи, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4929-2908>, e-mail: bannikov68@mail.ru

Вихристук Олеся Валентиновна, кандидат психологических наук, руководитель Центра экстренной психологической помощи, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5982-1098>, e-mail: vihristukov@mgppu.ru

Галынкер Игорь, доктор медицинских наук, профессор психиатрии, Школа медицины Икана; заместитель начальника кафедры по научной части, Медицинский центр Маунт-Синай; директор Лаборатории по предотвращению и исследованиям суицида, Семейный центр биполярного расстройства личности Ричарда и Синтии Зирински, Нью-Йорк, США, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8083-9479>, e-mail: igalynke@gmail.com

Information about the authors

Gennady S. Bannikov, Ph.D. (Medicine), Senior Researcher, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Senior Researcher, Center for Emergency Psychological Assistance, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4929-2908>, e-mail: bannikov68@mail.ru

Olesya V. Vihristuk, Ph.D. (Psychology), Head of the Center for Emergency Psychological Assistance, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5982-1098>, e-mail: vihristukov@mgppu.ru

Igor Galynker, M.D., Professor, Icahn School of Medicine at Mount Sinai; Associate Chairman for Research, Mount Sinai Beth Israel; Head of the Suicide Research and Prevention Laboratory, Richard and Cynthia Zirinsky Family Center for Bipolar Disorder, New York, USA, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8083-9479>, e-mail: igalynke@gmail.com

Получена 29.01.2020

Принята в печать 06.03.2020

Received 29.01.2020

Accepted 06.03.2020

ДИССОЦИАЦИЯ, ТРАВМА И САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ

Н.А. ПОЛЬСКАЯ

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>,
e-mail: polskayana@yandex.ru

М.А. МЕЛЬНИКОВА

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2729-9877>,
e-mail: melnikova-ma@mail.ru

В аналитическом обзоре рассмотрены основные направления исследований связи диссоциации, травмы и самоповреждающего поведения. Эта связь функционально сложная и зависит от многих переменных. В отношении травмы диссоциация и самоповреждающее поведение выступают: 1) как защитная реакция на травматическое событие; 2) как деструктивный, патологический способ саморегуляции. В свою очередь, функциональные связи диссоциации и самоповреждающего поведения определяются двумя тенденциями: антидиссоциативной (восстановление контроля) и диссоциативной (отказ от чувств). Во многих исследованиях диссоциация определяется как медиатор связи травмы и самоповреждающего поведения. Наряду с этим значительное влияние на патологизацию посттравматического развития оказывают психологические механизмы эмоциональной дисрегуляции и неприятия тела. Психопатологические аспекты связи диссоциации, травмы и самоповреждающего поведения рассмотрены на примере пограничного расстройства личности и расстройств пищевого поведения. Также описаны некоторые половозрастные особенности исследуемой проблемы.

Ключевые слова: диссоциация, травма, самоповреждающее поведение, пограничное расстройство личности, расстройства пищевого поведения, эмоциональная дисрегуляция, неприятие тела.

Финансирование: Статья подготовлена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ), проект № 19-113-50577.

Для цитаты: Польская Н.А., Мельникова М.А. Диссоциация, травма и самоповреждающее поведение // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 25—48. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280103>

DISSOCIATION, TRAUMA AND SELF-HARM

NATALIA A. POLSKAYA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>,

e-mail: polskayana@yandex.ru

MARIYA A. MELNIKOVA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2729-9877>,

e-mail: melnikova-ma@mail.ru

The presented analytical preview considers the main approaches to the relationship between dissociation, trauma and self-harm. This relationship is functionally complex and depends on many variables. In regards to trauma dissociation and self-harm are (1) defense mechanisms, activating to traumatic cues; (2) destructive pathological self-regulatory modes. Meantime functional links between dissociation and self-harm reveal two tendencies: anti-dissociation (regaining control) and dissociation-inducing (rejecting one's feelings). Dissociation is widely considered a mediator between trauma and self-harm. At the same time psychological mechanisms, such as emotion regulation and body rejection, exert significant influence on pathological post-traumatic development. We discuss the psychopathological aspects of the links between trauma, dissociation and self-harm in borderline personality and eating disorders. We also take note of the gender- and age-related peculiarities of these issues.

Keywords: dissociation, trauma, self-harm, borderline personality disorder, eating disorders, emotion dysregulation, body rejection.

Funding: This paper was prepared with the financial support of the Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project № 19-113-50577.

For citation: Polskaya N.A., Melnikova M.A. Dissociation, Trauma and Self-Harm. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 25—48. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280103>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Диссоциация определяется как «... нарушение и/или разрыв нормальной интеграции сознания, памяти, идентичности, эмоций, восприятия, репрезентации тела, моторного контроля и поведения» [7, p. 291]. Причины возникновения диссоциации различны, но, прежде всего, это реакция на травматическое событие/стресс [1; 2; 11; 48; 49]. Под травматическим стрессом подразумеваются экстремальные события, представляющие угрозу для жизни и здоровья человека, обладающие мощным негативным воздействием и требующие экстраординарных усилий по совладанию с последствиями этого воздействия [6]. Физиологическая и психологическая адаптация в данных условиях может происходить через перитравматическую диссоциацию — совокупность субъективных переживаний, включающих изменения восприятия времени, места и себя, во время и сразу после травматического воздействия [2; 49].

Диссоциация порождает широкий спектр субъективных переживаний: от поглощенности, когда внимание сосредотачивается на каком-то одном аспекте психологического опыта с блокированием других, до утраты автобиографических воспоминаний и контроля над собственными эмоциями, мышлением и поведением [2; 32; 48]. Выделяют позитивные и негативные диссоциативные симптомы. Позитивные характеризуются переживанием нежелательного вторжения в осознание и поведение (например, флеш-бэки). Негативные связаны с переживанием утраты доступа к контролю собственных психических функций, которые обычно доступны и контролируемы (например, диссоциативная амнезия) [47].

В рамках теории структурной диссоциации, основывающейся на травматической природе диссоциативных явлений, рассматривают два ее типа: психоформный (ментальный) и соматоформный (телесный) [2]. В первом случае речь идет о дезинтеграции психологических структур (когниции, аффект, память, идентичность, поведение); во втором — о дезинтеграции телесных функций, ощущений и движений.

К последствиям травматического воздействия, помимо развития диссоциации, относят самоповреждающее поведение, и многими исследователями эти явления рассматриваются как взаимосвязанные [16; 17; 23; 25; 37; 45; 48; 60]. Самоповреждающее поведение (СП) — это социально неодобряемое поведение, направленное на причинение себе физического вреда и включающее несуицидальные самоповреждения и суицидальные попытки [4; 5; 26; 37]. Несуицидальные самоповреждения — наиболее распространенные проявления СП¹ [5; 26; 37]. Это намеренные

* По результатам нашего исследования, проведенного в российской популяции (N=706; M_{возр} = 21,11; SD = 4,97), высокая частота порезов была выявлена у 3,7% респондентов, и 16% — хотя бы один раз намеренно делали порезы на своей коже [5].

повреждения поверхности тела (порезы, проколы, расцарапывание, ожоги и т. п.), которые не представляют прямую угрозу для жизни, однако могут стать регулярными, оставляя на коже рубцы и шрамы, и со временем превратиться в привычную модель поведения в эмоционально болезненных ситуациях. Самоповреждение выполняет внутриличностные [4; 26; 38] и межличностные функции [4; 25; 46]. Психологическая травма, в частности, жестокое обращение в детстве предсказывает как несуицидальные самоповреждения, так и суицидальные попытки [50; 51; 59], а диссоциация опосредует эту связь [15; 17; 23; 51].

Симптомы диссоциации и СП, будучи первоначально защитными реакциями на травматический опыт, при неблагоприятных условиях берут на себя психологические функции саморегуляции, особенно при психопатологии, например, пограничном расстройстве личности и расстройствах пищевого поведения [3; 30]. Эти расстройства обладают высокой коморбидностью, а травма рассматривается как одна из этиологических моделей их развития [12; 14; 44; 58].

Связи диссоциации, травмы и СП изучаются в разных контекстах: с точки зрения функций СП [17; 26; 38; 51], опосредующей роли диссоциации [17; 45; 50; 51; 60], вклада эмоциональной дисрегуляции [17] и неприятия своего тела [8; 9] в развитие диссоциации и СП.

Цель данного обзора — обобщить и систематизировать результаты, представленные в разных работах (исследовательских статьях, систематических обзорах, метаанализах и др.) с точки зрения функционального значения связей травмы, диссоциации и СП.

Диссоциация и травма

Диссоциация может возникнуть вследствие травматического стресса, жестокого обращения в семье, включая физическое, сексуальное, эмоциональное насилие и пренебрежение со стороны взрослых [2; 27; 49; 53; 54; 58]. В ответ на враждебное отношение родителей/опекунов у ребенка формируется небезопасная — дезорганизованная — привязанность, которая определяется как «особый паттерн приближения—избегания в поведении маленького ребенка в отношении значимого взрослого, являющегося одновременно источником и безопасности, и угрозы» [2, с. 113].

Диссоциативные механизмы помогают пережить травму и дистанцироваться от страха и тревоги, поскольку дети часто физически неспособны защитить себя или убежать. В ответ на угрозу они могут проявить как перитравматическую симпатическую активацию (бегство — чувство беспокойства; борьба — чувство злости и отыгрывание), так и перитравматическую парасимпатическую активацию (тониче-

ская неподвижность, отсутствие произвольных движений, высокая сенсорная чувствительность и др.) [48]. Со временем перитравматическая диссоциация становится неадаптивной, возникая в неподходящее время при эмоциональной угрозе или в ситуациях, которые могут вызывать воспоминания о травме [48; 54]. Продолжающееся функционирование диссоциации как способа совладания со стрессом препятствует способности решать текущие жизненные проблемы [48] и повышает риск развития психопатологии.

Двойственная связь диссоциации и самоповреждающего поведения

СП может развиваться, наряду с диссоциацией, как на симптоматическом, так и на функциональном уровнях. В первом случае их развитие обусловлено ситуацией травмы, и они представляют собой попытки адаптации к травматической ситуации, а в дальнейшем — дезадаптивные способы совладания с ее последствиями. Во втором — они принимают на себя психологические функции. Например, СП оказывается способом управления состояниями диссоциации, прекращая их и возвращая таким образом способность к контролю над чувствами, восприятием и телесными ощущениями или, наоборот, инициируя диссоциацию как способ прекращения негативного аффекта и избегания травмирующих мыслей.

В метаанализе Калати (*Calati*) с коллегами отмечается, что несуйцидальные самоповреждения, наряду с суицидальными попытками, связаны с более высокими показателями диссоциативного опыта и диссоциативным расстройством в клинике, а сила этих связей приводит авторов к выводу о существовании трансдиагностического диссоциативного типа [13]. Форд (*Ford*) и Гомес (*Gomez*) указывают, что диссоциация — не просто медиатор травматического опыта/суицидального поведения, она вносит больший и более специфический вклад, чем другие типы психопатологии, а также, как правило, связана с импульсивностью и избегающим поведением в рамках комплексного посттравматического расстройства личности [22]. Согласно систематическому обзору Эдмонсон (*Edmondson*) с коллегами, связь между самоповреждением и диссоциативным опытом подтверждается в 48% количественных и в 38% качественных исследований [21]. Более сильная диссоциация положительно коррелирует с более тяжелым (частым и разнообразным по способам и месту нанесения) СП, причем эти связи выявляются на уровне как симптоматики, так и функций [15; 28; 45]. Порезы кожи, как наиболее распространенные несуйцидальные самоповреждения, связаны с пренебрежением, попытками регуляции аффекта, диссоциацией, защищающей от невыносимых эмоций, и социальной дезинтеграцией личности [16; 20; 54].

Функции самоповреждающего поведения в связи с травмой и диссоциацией

Робин Коннорс (*Robin Connors*) еще в 1996 г. описала четыре функции СП, связанные с травмой:

1) реконструкция травмы — буквальное или символическое ее воспроизведение, где самоповреждение — это способ почувствовать физическую боль, инсценировать событие травмы в своем теле;

2) выражение чувств и потребностей, где самоповреждение — это способ высвобождения негативных чувств (ярости, разочарования, вины, стыда), способ самонаказания и сообщения об эмоциональной боли и потребности в утешении;

3) восстановление физиологического и эмоционального равновесия через самоповреждение, когда вид крови успокаивает, напряжение снимается или значительно снижается и возникает чувство контроля над аффектами и ощущениями;

4) управление диссоциативными процессами, где самоповреждение либо прекращает состояния диссоциации, либо инициирует их [18].

По сути, здесь речь идет о функциях психологической регуляции, которые выполняет СП в отношении травматического опыта. В работах последних лет все больше внимания фокусируется на исследовании именно регулятивных функций СП (не только в травматическом контексте). В частности, выделяются его внутриличностные и межличностные функции [26; 38]. Внутриличностные функции включают в себя прекращение диссоциации и уменьшение негативных эмоций [26], а межличностные — регулируют отношения с другими людьми, помогая получить помощь и поддержку, привлечь внимание и установить близкие отношения. При этом травма остается одним из основных этиологических механизмов развития СП. Так, жестокое обращение в детстве рассматривается как дистальный фактор уязвимости к несуицидальным самоповреждениям [38].

Механизмы связи диссоциации и СП достаточно сложны и не всегда понятны [16]. В одном из последних систематических обзоров, посвященных связи диссоциации и СП у подростков, авторы приходят к заключению, что сложно определить, для чего используется самоповреждение — чтобы вызвать диссоциацию или избежать ее, объясняя это разной концептуализацией понятия диссоциации и разными методами ее оценки [16]. Это приводит к выделению двух функций самоповреждения в связи с диссоциацией.

Антидиссоциативная функция самоповреждения заключается в том, что оно используется как способ преодоления диссоциативного состояния [26] — состояния отрешенности и нереальности происходящего.

Эмоциональная и физическая стимуляция позволяет почувствовать себя живым [16; 18; 21; 25]. Чем тяжелее травма, тем чаще самоповреждения играют антидиссоциативную роль [22]. В исследовании с участием 86 подростков с пограничным расстройством личности была выявлена положительная корреляция между диссоциативной симптоматикой и частотой самоповреждения, причем с диссоциацией, нарушениями идентичности и чувством опустошенности связывались межличностные функции самоповреждения (например, выстраивание границ, поиск автономии, сближение со сверстниками); внутриличностные же — включая антидиссоциативную — больше применялись при нарушениях эмоциональной регуляции [45].

Диссоциативная функция заключается в том, что самоповреждение инициирует диссоциацию как способ избавления от непереносимых переживаний [21; 48]: в данном случае самоповреждение помогает прекратить любые чувства, вызвать чувство онемения. Диссоциация — компонент условной реакции страха, позволяющей «снять» напряжение и эмоциональный дискомфорт после первоначального тревожного волнения и активной защиты [49, с. 111]. Тем не менее, такое избавление от напряжения может вызывать стресс из-за нарушений когнитивного функционирования и измененного состояния сознания (потеря контроля) [32], повышая таким образом риск психопатологии и травматизации. Как заметил Джон Бриер (*John Briere*), симптомы диссоциации могут привести к травме: из-за снижения бдительности к опасности люди с диссоциативными симптомами могут быть более уязвимы к межличностному насилию [11].

На рис. 1 обобщены функциональные пути преодоления травмы через дезадаптивные механизмы диссоциации и СП.

В названиях функций мы постарались отразить ведущий механизм, который запускает диссоциацию и/или СП. Два общих механизма, регулирующих развитие связи диссоциации, травмы и СП — это адаптация к травме и развитие психопатологической симптоматики. В первом случае диссоциация возникает как защитная реакция от травматического воздействия, она позволяет дистанцироваться от травмы ценой психологической/телесной дезинтеграции. СП может стать способом прекращения диссоциации (выполняя в рамках адаптации к травме антидиссоциативную функцию).

Во втором случае СП и диссоциация начинают регулировать эмоции и поведение деструктивным (патологическим) образом, вне зависимости от травматической угрозы. Сюда относятся диссоциативная функция самоповреждения и регулятивная функция диссоциации (управление эмоциями и поведением), которые могут привести как к усилению психопатологической симптоматики, так и к высокорискованному поведению в межличностных отношениях и повторной травматизации.

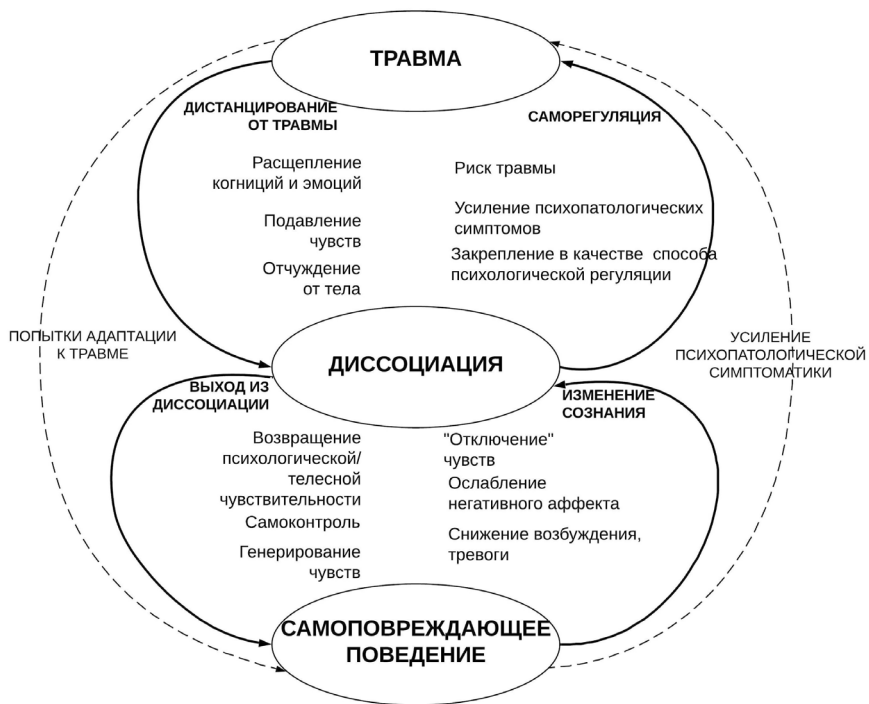


Рис. 1. Функциональные связи диссоциации и самоповреждающего поведения в контексте опыта переживания травмы

Таким образом, связи травмы, диссоциации и СП могут иметь разное функциональное значение в рамках общего посттравматического развития:

- диссоциация позволяет дистанцироваться от травмы, но это сопровождается симптомами психологической и телесной дезинтеграции;
- возврат самоконтроля и чувства целостности происходит через самоповреждение;
- однако самоповреждение может усилить негативные переживания, связанные с травмой, да и сами действия, связанные с самоповреждением, могут переживаться крайне негативно, поэтому самоповреждение становится способом прекращения невыносимых эмоций, приобретая, таким образом, уже не реактивное, а функциональное значение;
- это может привести к более тяжелым формам диссоциации и ее функционированию в качестве деструктивного способа саморегуляции, что, в свою очередь, усиливает риск психопатологии и травматизации.

Диссоциация и самоповреждение как психопатологические симптомы

Клиническая оценка связи диссоциации, травмы и СП охватывает достаточно широкий круг расстройств, в числе которых пограничное расстройство личности (ПРЛ) и расстройства пищевого поведения (РПП) [30; 32; 42; 47]. Сочетание травматической этиологии с текущими диссоциативными состояниями и самоповреждениями характеризует тяжесть психопатологии. У пациентов с ПРЛ диссоциация связана с большей тяжестью нейропсихологических нарушений; при РПП — с количеством эпизодов переедания [32]. Преобладающий тип диссоциации при ПРЛ — психоформный [55]; при РПП — зависит от типа расстройства. У пациентов с анорексией это деперсонализация, связанная с нарушением схемы тела; у пациентов с булимией — амнезия, искажения восприятия времени и ощущение принуждения к перееданию [32]. Пациенты с компульсивным перееданием отличаются более высоким уровнем диссоциации как психоформного, так и соматоформного типа по сравнению с популяцией и с пациентами без переедания, но с диагностированным ожирением [40; 41].

Симптоматика диссоциации у пациентов с РПП усугублена травматическим опытом. Установлено, что история физического насилия связана со всеми типами РПП, а сексуальное насилие — с нервной булимией и перееданием [14]. Стремление избавиться от негативных эмоций и травматических воспоминаний ведет к диссоциации и потере контроля над пищевым поведением и в конце концов — к перееданию. В то же время, сам эпизод переедания может играть блокирующую роль и вызывать диссоциацию, облегчающую негативные травматические состояния [57].

Пациенты с компульсивным перееданием указывают на большее число травматических событий в детстве по сравнению с группой контроля; также они чаще подвергались эмоциональному насилию и игнорированию со стороны родителей по сравнению с людьми с ожирением [40]. Пища в данном случае оказывается внешним механизмом саморегуляции, позволяющим управлять аффектом, модулировать интенсивность эмоциональных состояний, избегать травматических воспоминаний и болезненных переживаний [44]. К похожим результатам приходят в другом исследовании: эмоционально жестокое обращение с детьми приводит к развитию РПП [12].

Самоповреждения достаточно распространены среди пациентов с ПРЛ и РПП. Так, Перез (*Pérez*) с коллегами отмечают высокий процент (83,7%) пациентов с ПРЛ, которые в течение жизни более пяти раз на-

носили себе повреждения [42]. Наиболее тяжелые самоповреждения — на груди и гениталиях — отмечены у женщин с ПРЛ, переживших в детстве сексуальное насилие [33]. Среди пациентов с РПП, согласно результатам недавнего метаанализа, 27,3% имели историю несуицидальных самоповреждений, причем частота самоповреждений при булимии выше (32,7%), чем при анорексии (21,8%) [19]. Наиболее частые несуицидальные самоповреждения при данных расстройствах — это порезы и удары [43].

Эмоциональная дисрегуляция и неприятие тела

Эмоциональная дисрегуляция и неприятие тела увеличивают риск СП и вероятность диссоциативных симптомов у тех, кто подвергся травматическому воздействию [8; 11; 35]. Их формирование вызвано как тяжестью травмы, так и отсутствием необходимого уровня психического развития и соответствующей интегрированности когнитивных способностей, эмоциональных и поведенческих навыков, позволяющих преодолеть последствия травматического воздействия [8; 59]. Будучи дезадаптивными психологическими механизмами, они могут быть признаками хронической травмы, а также опосредовать травматические ситуации [8; 9; 16; 17; 32; 59] и их связи с диссоциацией и самоповреждением [8; 30; 33; 34; 57]. На рис. 2 изображены возможные психологические пути развития этой связи (рис. 2).

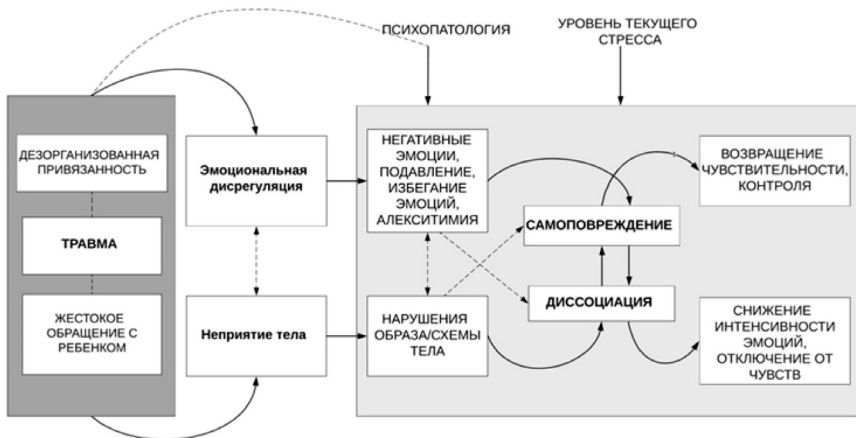


Рис. 2. Возможные пути развития связи травмы, диссоциации и самоповреждения

Рассмотрим эти дезадаптивные механизмы и их вклад в развитие диссоциации и СП подробнее. Неприятие тела* характеризуется нарушениями образа и схемы тела [8; 59]. Атария (*Ataria*), опираясь на работы Галахера (*Gallagher*), разделяет образ и схему тела как две разные, но связанные между собой системы. Образ тела — это система представлений о собственном теле — восприятие, убеждения, установки; схема тела — система сенсомоторных способностей, функционирующих без необходимости осознания и мониторинга восприятия [8]. При нарушениях образа тела самоповреждение совершается с целью достижения чувства владения телом и контроля над ним. Тогда как при нарушениях схемы тела цель самоповреждения — перестать чувствовать тело, нивелируя таким образом травматические переживания [8]. В первом случае самоповреждение — это способ прекратить диссоциацию, во втором — достичь ее, что позволяет дать обоснование сосуществованию антидиссоциативной и диссоциативной функций СП.

Самоповреждения, связанные с неприятием тела, свойственны пациентам как с ПРЛ, так и с РПП. Неудовлетворенность телом может достигать высокой интенсивности, когда тело воспринимается как ненавистный объект [34], и подобная объективация и нарушения образа тела [57] становятся причиной диссоциации, а самоповреждение — способом выхода из нее [30; 43]. С другой стороны, самоповреждения при РПП, как и при ПРЛ, обусловлены эмоциональной дисрегуляцией и направлены на преодоление острого эмоционального напряжения, дистресса, гнева, даже ценой отказа от чувств — так самоповреждение приводит к диссоциации.

К эмоциональной дисрегуляции относят недостаточную или чрезмерную регуляцию аффекта [55; 56]; нарушения идентификации и понимания эмоций, алекситимию, избегание или подавление эмоций, включая высокую чувствительность, реактивность и низкую толерантность к фрустрации [27]. Недостаточная регуляция аффекта означает ограниченные возможности по снижению интенсивности аффекта — импульсивность и проблемы с целенаправленным поведением (например, гнев, перерастающий в ярость). Под чрезмерной регуляцией аффекта подразумевается неприятие эмоций (например, состояния глубокой эмоциональной опустошенности) [55].

Эмоциональная дисрегуляция в разных формах (избегание болезненного эмоционального опыта, подавление эмоций, тревожность, алекситимия) приводит как к диссоциации, так и самоповреждениям [36; 39].

* С помощью понятия «неприятие тела» мы постарались обобщить ряд нарушений образа и схемы тела: переживание неподвластности тела, неудовлетворенность телом, нарушения владения отдельными частями тела, отвержение определенных телесных особенностей, самообъективация тела.

Например, подавление эмоций пациентами с ПРЛ и РПП ведет к избеганию переживаний и диссоциации, повышающей болевой порог при совершении самоповреждения [36]. Пациенты с нервной анорексией чаще по сравнению с группой контроля сообщают о неадаптивных эмоциональных схемах — дефективности и стыда, подчинения и социальной изоляции; они испытывают больше проблем с осознанием эмоций и их ясностью; чаще используют дезадаптивные стратегии эмоциональной регуляции (избегание, негативный стиль решения проблем, руминация, подавление эмоций) [39]. Также обнаружено, что дисрегуляция эмоций частично опосредует связь между эмоциональным насилием и последующими симптомами РПП [12].

У пациентов с ПРЛ было выделено две связанные формы эмоциональной дисрегуляции и диссоциации: 1) подавление переживаний (чрезмерная регуляция эмоций связана с негативными симптомами диссоциации — амнезией, потерей чувствительности); 2) возбуждение (недостаточная регуляция эмоций, эмоциональная неустойчивость связана с позитивными симптомами диссоциации — например, навязчивыми воспоминания о травме) [56]. Травма чаще ведет к развитию именно второй формы эмоциональной дисрегуляции, а та, в свою очередь, приводит к психопатологической симптоматике (в частности, к ПРЛ) [55].

Проявления эмоциональной дисрегуляции у молодых людей с симптомами ПРЛ и СП положительно связаны с такими функциями не-суицидальных самоповреждений, как регуляция негативного аффекта, предотвращение диссоциации и самонаказание [46].

Таким образом, эмоциональная дисрегуляция может вызывать самоповреждения, которые совершаются на пике негативного аффекта (гнев, страх, тревога). Снижение высокоинтенсивных болезненных эмоций происходит через самоповреждение, в результате чего может развиваться диссоциация — эмоциональное бесчувствие, приносящее облегчение. Но также самоповреждения совершаются, чтобы вызвать эмоции для преодоления состояния пустоты и бесчувствия. При нарушениях образа тела через самоповреждение предпринимается попытка преодолеть дезинтеграцию и повысить контроль над телом (антидиссоциативная функция), а при нарушениях схемы тела — перестать чувствовать его, чтобы не чувствовать страх и боль (диссоциативная функция).

Половозрастные особенности связи диссоциации, травмы и самоповреждающего поведения

Половозрастные особенности связи диссоциации, травмы и СП в разных исследованиях определяются с точки зрения тяжести травмы

и выраженности психопатологических последствий, а также возраста травматизации и пола. Наибольший вред психическому развитию приносит детская травма [54]. Чем младше ребенок, чем более незрелые его психобиологические структуры, тем более тяжелыми оказываются последствия для его психического здоровья [2; 48; 54].

Родительский стиль, приводящий к дезорганизованной привязанности, является предиктором диссоциативной симптоматики на разных возрастных стадиях вплоть до подросткового и юношеского возраста [2, с. 113]. Эмпирически подтверждено, что дезорганизованная привязанность у младенцев, связанная с отчуждающим отношением матери, предсказывает диссоциативные симптомы в подростковом возрасте [31].

Материнская диссоциация и эмоциональная дисрегуляция тесно связаны с диссоциацией детей дошкольного и раннего школьного возраста [29] — родительские модели эмоциональной регуляции увеличивают вероятность того, что у детей разовьются похожие модели.

На выборке детей, пострадавших от травмы, в возрасте от 3 до 6 лет (N=297), и их опекунов, показано, что тип и количество травматических событий, а также травма и психопатологическая симптоматика попечителя могут предсказать развитие психопатологической симптоматики у детей, включая симптомы диссоциации [24]. Потенциально травмирующий опыт (например, жестокое обращение, свидетельство насилия в семье или потеря опекуна) в течение сенситивного периода развития в раннем детстве может привести к широкому спектру симптоматики у маленьких детей, включая ПТСР и связанную с травмой диссоциацию. Обнаружено, что девочки в два раза чаще, чем мальчики, попадают в группу посттравматических расстройств с диссоциацией; в эту же группу почти в три раза чаще попадают дети, подвергшиеся сексуальному насилию [24].

Сексуальное насилие является одним из самых серьезных факторов травматизации, приводящей к развитию диссоциации и самоповреждения, наряду со многими другими негативными соматическими и психологическими симптомами; эти связи можно назвать трансгенерационными, потому что дети пострадавших в детстве женщин чаще подвергаются плохому обращению [52]. Хотя бы одно самоповреждение совершили 62% девочек-подростков (13—17 лет), переживших в детстве сексуальное насилие, а у 37% участниц с высоким уровнем СП был выявлен клинический уровень диссоциации [20]. При этом выявлено, что у девочек, пострадавших от сексуального насилия (но не у мальчиков), с течением времени симптомы диссоциации снижаются [10].

Связь сексуального насилия с самоповреждениями, эмоциональной дисрегуляцией и диссоциацией подтверждается и в исследовании, проведенном на выборке подростков 12—18 лет (N=525), находящихся под надзором системы ювенальной юстиции [17]. В данной выборке о

сексуальном насилии сообщили почти половина девушек-подростков, но менее 10% юношей. Девушки-подростки с историей сексуального насилия оказались наиболее подвержены несуицидальному СП, по сравнению с юношами (вне зависимости от факта сексуального насилия) [17].

Во взрослом возрасте жертвы жестокого обращения переживают симптомы ПТСР, депрессии, тревоги, ПРЛ и РПП, а также серьезные трудности в межличностных отношениях, включая семейные, партнерские, профессиональные отношения, они плохо переносят текущие и хронические стрессовые ситуации. Согласно результатам, полученным в исследовании Сваннелл (*Swannell*) с коллегами (N=11423), возраст участников от 18 до 100 лет, разные виды жестокого обращения с детьми по-разному предсказывают несуицидальное СП у взрослых [51]. У женщин вероятность несуицидальных самоповреждений увеличивают физическое насилие и пренебрежение, тогда как у мужчин это только физическое насилие. Связь между плохим обращением в детстве и СП опосредуется у женщин самообвинением, а у мужчин диссоциацией. Авторы объясняют это различиями в социализации — при переживании неудач мужчины подавляют эмоции, а женщины обвиняют себя [51].

Выводы

Связи диссоциации, травмы и СП сложные, а иногда противоречивые, что объясняется спецификой психологического развития в условиях травмы и ее последствий, а также сопутствующими психопатологическими симптомами и психологическими дисфункциями. Поэтому отдельного внимания требуют оценка и понимание функционального значения этих связей. Эти функции могут характеризовать попытки адаптации, выступая в роли реактивных (низкодифференцированных) способов защиты в ситуации травмы, либо быть связаны с психопатологическими механизмами дезадаптации, заменяя собой здоровые и адаптивные способы психологической регуляции, вне зависимости от реальной угрозы травматизации.

Наименее систематизированными и изученными, по нашему мнению, являются вопросы, относящиеся к исследованию (на неклинических выборках разного возраста и пола) того, как эмоциональное насилие и пренебрежение влияют на развитие диссоциации и СП. На сегодняшний день представлено достаточно убедительных результатов о вкладе сексуального насилия в формирование психопатологии, включая симптомы диссоциации и СП, но аналогичные исследования о последствиях эмоционального насилия единичны. И также мало данных о том,

как эти связи (эмоционального насилия, диссоциации и самоповреждения) формируются и поддерживаются на доклиническом уровне. Также, на наш взгляд, требуются целенаправленные исследования в области переживания эмоционального и сексуального насилия мальчиками и мужчинами, так как сейчас мы в большей мере ограничены культурно транслируемыми представлениями о мужской сдержанности, скрытности, свойственных мужчинам избегании и подавлении эмоций. Но необходимы эмпирические исследования, чтобы эти представления подтвердить или опровергнуть.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агарков В.А. Диссоциация и пограничное расстройство личности // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 10—37.
2. Ван дер Харт О., Нейенхёус Э.П.С., Стил К. Призраки прошлого. Структурная теория диссоциации и терапия последствий хронической психической травмы: пер. с англ. М.: «Когито-Центр», 2013. 496 с.
3. Горчакова В.А., Холмогорова А.Б., Палин А.В., и др. Травматический стресс у пациентов с хроническим суицидальным поведением и чертами пограничного личностного расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 119—139.
4. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: ЛЕНАНД, 2017. 320 с.
5. Польская Н.А. Эмоциональная дисрегуляция в структуре самоповреждающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 4. С. 65—82. doi:10.17759/cpp.2018260405
6. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
7. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p.
8. Ataria Y. Body disownership in complex posttraumatic stress disorder. New York: Palgrave Macmillan, 2018. 189 p.
9. Ataria Y., Gallagher S. Somatic apathy: Body disownership in the context of torture // *Journal of Phenomenological Psychology*. 2015. Vol. 46 (1). P. 105—122. doi:10.1163/15691624-12341286
10. Bernier M.J., Hébert M., Collin-Vézina D. Dissociative Symptoms Over a Year in a Sample of Sexually Abused Children // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2013. Vol. 14 (4). P. 455—472. doi:10.1080/15299732.2013.769478
11. Briere J. Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2006. Vol. 194 (2). P. 78—82. doi:10.1097/01.nmd.0000198139.47371.54
12. Burns E.E., Fischer S., Jackson J.L., et al. Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms // *Child Abuse & Neglect*. 2012. Vol. 36. P. 32—39. doi:10.1016/j.chiabu.2011.08.005

13. Calati R., Bensassi I., Courtet P. The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses // *Psychiatry Research*. 2017. Vol. 251. P. 103—114. doi:10.1016/j.psychres.2017.01.035
14. Caslini M., Bartoli F., Crocamo C., et al. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis // *Psychosomatic Medicine*. 2016. Vol. 78 (1). P. 79—90. doi:10.1097/PSY.0000000000000233
15. Černis E. Improving the clinical understanding and measurement of dissociation. Dr. Sci. (Clinical Psychology) Thesis. University of Oxford, 2017. 180 p.
16. Černis E., Chan C., Cooper M. What is the relationship between dissociation and self-harming behaviour in adolescents? // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2019. Vol. 26 (3). P. 328—338. doi:10.1002/cpp.2354
17. Chaplo S.D., Kerig P.K., Bennett D.C., et al. The roles of emotion dysregulation and dissociation in the association between sexual abuse and self-injury among juvenile justice-involved youth // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2015. Vol. 16 (3). P. 272—285. doi:10.1080/15299732.2015.989647
18. Connors R. Self-injury in trauma survivors: 1. Functions and meanings // *American Journal of Orthopsychiatry*. 1996. Vol. 66 (2). P. 197—206. doi:10.1037/h0080171
19. Cucchi A., Ryan D., Konstantakopoulos G., et al. Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis // *Psychological Medicine*. 2016. Vol. 46 (7). P. 1345—1358. doi:10.1017/s0033291716000027
20. Cyr M., McDuff P., Wright J., et al. Clinical correlates and repetition of self-harming behaviors among female adolescent victims of sexual abuse // *Journal of Child Sexual Abuse*. 2005. Vol. 14 (2). P. 49—68. doi:10.1300/J070v14n02_03
21. Edmondson A.J., Brennan C.A., House A.O. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts // *Journal of Affective Disorders*. 2016. Vol. 191. P. 109—117. doi:10.1016/j.jad.2015.11.043
22. Ford J.D., Gómez J.M. The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2015. Vol. 16 (3). P. 232—271. doi:10.1080/15299732.2015.989563
23. Franzke I., Wabnitz P., Catani C. Dissociation as a mediator of the relationship between childhood trauma and nonsuicidal self-injury in females: A path analytic approach // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2015. Vol. 16 (3). P. 286—302. doi:10.1080/15299732.2015.989646
24. Hagan M.J., Gentry M., Ippen C.G., et al. PTSD with and without dissociation in young children exposed to interpersonal trauma // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 227. P. 536—541. doi:10.1016/j.jad.2017.11.070
25. Horowitz S., Stermac L. The relationship between interpersonal trauma history and the functions of non-suicidal self-injury in young adults: an experience sampling study // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2018. Vol. 19 (2). P. 232—246. doi:10.1080/15299732.2017.1330228
26. Klonsky E.D., Glenn C.R., Styer D.M., et al. The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure [Электронный ресурс] // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015. Vol. 9 (1). URL: <https://carpmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-015-0073-4> (дата обращения: 10.02.2020). doi:10.1186/s13034-015-0073-4

27. Lang C.M., Sharma-Patel K. The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention // *Trauma, Violence & Abuse*. 2011. Vol. 12 (1). P. 23—37. doi:10.1177/1524838010386975
28. Laukkanen E., Rissanen M.L., Tolmunen T., et al. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2013. Vol. 22 (8). P. 501—510. doi:10.1007/s00787-013-0390-1
29. Lewis J., Binion G., Rogers M., et al. The Associations of Maternal Emotion Dysregulation and Early Child Dissociative Behaviors // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2020. Vol. 21 (2). P. 203—216. doi:10.1080/15299732.2019.1678211
30. Löffler A., Kleindienst N., Cackowski S., et al. Reductions in whole-body ownership in borderline personality disorder — a phenomenological manifestation of dissociation // *Journal of Trauma & Dissociation*, 2020. Vol. 21 (2). P. 264—277. doi:10.1080/15299732.2019.1678213
31. Lyons-Ruth K., Bureau J.F., Holmes B., et al. Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood // *Psychiatry Research*. 2013. Vol. 206 (2—3). P. 273—281.
32. Lyssenko L., Schmahl C., Bockhacker L., et al. Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale // *American Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 175 (1). P. 37—46. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17010025
33. McFetridge M.A., Milner R., Gavin V., et al. Borderline personality disorder: patterns of self-harm, reported childhood trauma and clinical outcome // *BJPsych Open*. 2015. Vol. 1(1). P. 18—20. doi:10.1192/bjpo.bp.115.000117
34. Muehlenkamp J.J., Claes L., Smits D., et al. Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model // *Psychiatry Research*. 2011. Vol. 188 (1). P. 102—108. doi:10.1016/j.psychres.2010.12.023
35. Muehlenkamp J.J., Kerr P.L., Bradley A.R., et al. Abuse Subtypes and Nonsuicidal Self-Injury // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010. Vol. 198 (4). P. 258—263. doi:10.1097/nmd.0b013e3181d612ab
36. Navarro-Haro M.V., Wessman I., Botella C., et al. The role of emotion regulation strategies and dissociation in non-suicidal self-injury for women with borderline personality disorder and comorbid eating disorder // *Comprehensive Psychiatry*. 2015. Vol. 63. P. 123—130. doi:10.1016/j.comppsy.2015.09.001
37. Nock M.K. Future directions for the study of suicide and self-injury // *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2012. Vol. 41 (2). P. 255—259. doi:10.1080/15374416.2012.652001
38. Nock M.K. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury // *Current directions in psychological science*. 2009. Vol. 18 (2). P. 78—83.
39. Oldershaw A., Lavender T., Sallis, H. et al. Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of self-report data // *Clinical Psychology Review*. 2015. Vol. 39. P. 83—95. doi:10.1016/j.cpr.2015.04.005
40. Palmisano G.L., Innamorati M., Sarracino D., et al. Trauma and dissociation in obese patients with and without binge eating disorder: A case—control study [Электронный ресурс] // *Cogent Psychology*. 2018. Vol. 5 (1). URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23311908.2018.1470483> (дата обращения: 15.01.2020). doi:10.1080/23311908.2018.1470483

41. *Palmisano G.L., Innamorati M., Susca G., et al.* Childhood traumatic experiences and dissociative phenomena in eating disorders: Level and association with the severity of binge eating symptoms // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2018. Vol. 19 (1). P. 88—107. doi:10.1080/15299732.2017.1304490
42. *Perez S., Lorca F., Marco J.H.* Dissociation, posttraumatic stress symptoms, emotional dysregulation, and invalidating environments as correlates of NSSI in borderline personality disorder patients [Электронный ресурс] // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2020. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15299732.2020.1719262> (дата обращения: 29.02.2020). doi:10.1080/15299732.2020.1719262
43. *Pérez S., Marco J.H., Cañabate M.* Non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: prevalence, forms, functions, and body image correlates // *Comprehensive Psychiatry*. 2018. Vol. 84. P. 32—38. doi:10.1016/j.comppsy.2018.04.003
44. *Pignatelli A.M., Wampers M., Loriedo C., et al.* Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2016. Vol. 18 (1). P. 100—115. doi:10.1080/15299732.2016.1198951
45. *Rallis B.A., Deming C.A., Glenn J.J., et al.* What is the role of dissociation and emptiness in the occurrence of nonsuicidal self-injury? // *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2012. Vol. 26. P. 287—298. doi:10.1891/0889-8391.26.4.287
46. *Sadeh N., Londahl-Shaller E.A., Piatigorsky A., et al.* Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms // *Psychiatry Research*. 2014. Vol. 216 (2). P. 217—222. doi:10.1016/j.psychres.2014.02.018
47. *Scalabrini A., Cavicchioli, M., Fossati, A., et al.* The extent of dissociation in borderline personality disorder: a meta-analytic review // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2017. Vol. 18 (4). P. 522—543. doi:10.1080/15299732.2016.1240738
48. *Schauer E., Elbert T.* The psychological impact of child soldiering // *Trauma rehabilitation after war and conflict* / E. Martz (ed.). New York, NY: Springer, 2010. P. 311—360.
49. *Schauer M., Elbert T.* Dissociation following traumatic stress // *Zeitschrift für Psychologie*. 2010. Vol. 218 (2). P. 109—127. doi:10.1027/0044-3409/a000018
50. *Shenk C.E., Noll J.G., Cassarly J.A.* A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury // *Journal of Youth and Adolescence*. 2010. Vol. 39 (4). P. 335—342. doi:10.1007/s10964-009-9456-2
51. *Swannell S., Martin G., Page A., et al.* Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame // *Child Abuse & Neglect*. 2012. Vol. 36 (7—8). P. 572—584. doi:10.1016/j.chiabu.2012.05.005
52. *Trickett P.K., Noll J.G., Putnam F.W.* The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study // *Development and Psychopathology*. 2011. Vol. 23 (2). P. 453—476.
53. *Van der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S., et al.* Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma // *The American Journal of Psychiatry*. 1996. Vol. 153 (7). P. 83—93.
54. *Van der Kolk B.A., Pery J.C., Herman J.L.* Childhood origins of self-destructive behavior // *American journal of Psychiatry*. 1991. Vol. 148 (12). P. 1665—1671.

55. Van Dijke A., Hopman J.A., Ford J.D. Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder [Электронный ресурс] // *European Journal of Psychotraumatology*. 2018. Vol. 9 (1). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5795767/> (дата обращения: 15.01.2020). doi:10.1080/20008198.2017.1400878
56. Van Dijke A., van der Hart O., Ford J.D., et al. Affect Dysregulation and Dissociation in Borderline Personality Disorder and Somatoform Disorder: Differentiating Inhibitory and Excitatory Experiencing States // *Journal of Trauma & Dissociation*. 2010. Vol. 11 (4). P. 424—443. doi:10.1080/15299732.2010.496140
57. Vanderlinden J., Palmisano G. Trauma and Eating Disorders: The State of the Art // *Trauma-Informed Approaches to Eating Disorders* / A.J. Seubert, P. Virdi (eds.). New York: Springer Publishing Company, 2018. P. 15—32.
58. Vermetten E., Spiegel D. Trauma and dissociation: Implications for borderline personality disorder // *Current Psychiatry Reports*. 2014. Vol. 16 (2). P. 1—10. doi:10.1007/s11920-013-0434-8
59. Yates T.M. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation // *Clinical Psychology Review*. 2004. Vol. 24 (1). P. 35—74. doi:10.1016/j.cpr.2003.10.001
60. Zetterqvist M., Lundh L., Göran Svedin C. A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: Support for a specific distress-function relationship // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2014. Vol. 8. P. 23—37. doi:10.1186/1753-2000-8-23

REFERENCES

1. Agarkov V.A. Dissotsiatsiya i pogranichnoe rasstroistvo lichnosti [Dissociation and borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014. Vol. 22 (2), pp. 10—37. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steele K. Prizraki proshlogo. Strukturnaya teoriya dissotsiatsii i terapiya posledstviy khronicheskoi psikhicheskoi travmy [The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2013. 496 p. (In Russ.).
3. Gorchakova V.A., Kholmogorova A.B., Palin A.V., et al. Travmaticheskii stress u patsientov s khronicheskim suitsidal'nym povedeniem i chertami pogranichnogo lichnostnogo rasstroistva [Traumatic stress in patients with chronic suicidal behavior and characteristics of borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014. Vol. 22 (2), pp. 119—139. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Polskaya N.A. Psikhologiya samopovrezhdayushchego povedeniya [The psychology of self-injurious behavior]. Moscow: LENAND, 2017. 320 p.
5. Polskaya N.A. Emotsional'naya disregulyatsiya v strukture samopovrezhdayushchego povedeniya [Emotion Dysregulation in the Structure of Self-Injurious Behavior]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26 (4), pp. 65—82. doi:10.17759/cpp.2018260405. (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Tarabrina N.V. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: Teoriya i praktika [Psychology of posttraumatic stress. Theory and practice]. Moscow: Institut psikhologii RAN Publ., 2009. 304 p.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p.
8. Ataria Y. Body disownership in complex posttraumatic stress disorder. New York: Palgrave Macmillan, 2018. 189 p.
9. Ataria Y., Gallagher S. Somatic apathy: Body disownership in the context of torture. *Journal of Phenomenological Psychology*, 2015. Vol. 46 (1), pp. 105—122. doi:10.1163/15691624-12341286
10. Bernier M.J., Hébert M., Collin-Vézina D. Dissociative Symptoms Over a Year in a Sample of Sexually Abused Children. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2013. Vol. 14 (4), pp. 455—472. doi:10.1080/15299732.2013.769478
11. Briere J. Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2006. Vol. 194 (2), pp. 78—82. doi:10.1097/01.nmd.0000198139.47371.54
12. Burns E.E., Fischer S., Jackson J.L., et al. Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 2012. Vol. 36, pp. 32—39. doi:10.1016/j.chiabu.2011.08.005
13. Calati R., Bensassi I., Courtet P. The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Research*, 2017. Vol. 251, pp. 103—114. doi:10.1016/j.psychres.2017.01.035
14. Caslini M., Bartoli F., Crocamo C., et al. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 2016. Vol. 78 (1), pp. 79—90. doi:10.1097/PSY.0000000000000233
15. Černis E. Improving the clinical understanding and measurement of dissociation. Dr. Sci. (Clinical Psychology) Thesis. University of Oxford, 2017. 180 p.
16. Černis E., Chan C., Cooper M. What is the relationship between dissociation and self-harming behaviour in adolescents? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2019. Vol. 26 (3), pp. 328—338. doi:10.1002/cpp.2354
17. Chaplo S.D., Kerig P.K., Bennett D.C., et al. The roles of emotion dysregulation and dissociation in the association between sexual abuse and self-injury among juvenile justice—involved youth. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2015. Vol. 16 (3), pp. 272—285. doi:10.1080/15299732.2015.989647
18. Connors R. Self-injury in trauma survivors: 1. Functions and meanings. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1996. Vol. 66 (2), pp. 197—206. doi:10.1037/h0080171
19. Cucchi A., Ryan D., Konstantakopoulos G., et al. Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2016. Vol. 46 (7), pp. 1345—1358. doi:10.1017/s0033291716000027
20. Cyr M., McDuff P., Wright J., et al. Clinical correlates and repetition of self-harming behaviors among female adolescent victims of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 2005. Vol. 14 (2), pp. 49—68.

21. Edmondson A.J., Brennan C.A., House A.O. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, 2016. Vol. 191, pp. 109—117. doi:10.1016/j.jad.2015.11.043
22. Ford J.D., Gómez J.M. The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2015. Vol. 16 (3), pp. 232—271, doi:10.1080/15299732.2015.989563
23. Franzke I., Wabnitz P., Catani C. Dissociation as a mediator of the relationship between childhood trauma and nonsuicidal self-injury in females: A path analytic approach. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2015. Vol. 16 (3), pp. 286—302. doi:10.1080/15299732.2015.989646
24. Hagan M.J., Gentry M., Ippen C.G., et al. PTSD with and without dissociation in young children exposed to interpersonal trauma. *Journal of Affective Disorders*, 2018. Vol. 227, pp. 536—541. doi:10.1016/j.jad.2017.11.070
25. Horowitz S., Stermac L. The relationship between interpersonal trauma history and the functions of non-suicidal self-injury in young adults: an experience sampling study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2018. Vol. 19 (2), pp. 232—246. doi:10.1080/15299732.2017.1330228
26. Klonsky E.D., Glenn C.R., Styer D.M., et al. The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure [Elektronnyi resurs]. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2015. Vol. 9 (1). Available at: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-015-0073-4> (Accessed 10.02.2020). doi:10.1186/s13034-015-0073-4
27. Lang C.M., Sharma-Patel K. The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2011. Vol. 12 (1), pp. 23—37. doi:10.1177/1524838010386975
28. Laukkanen E., Rissanen, M.L., Tolmunen T., et al. Adolescent self-cutting elsewhere than on the arms reveals more serious psychiatric symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2013. Vol. 22 (8), pp. 501—510. doi:10.1007/s00787-013-0390-1
29. Lewis J., Binion G., Rogers M., et al. The Associations of Maternal Emotion Dysregulation and Early Child Dissociative Behaviors. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2020. Vol. 21 (2), pp. 203—216. doi:10.1080/15299732.2019.1678211
30. Löffler A., Kleindienst N., Cackowski S., et al. Reductions in Whole-body Ownership in Borderline Personality Disorder—A Phenomenological Manifestation of Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2020. Vol. 21 (2), pp. 264—277. doi:10.1080/15299732.2019.1678213
31. Lyons-Ruth K., Bureau J.F., Holmes, B., et al. Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research*, 2013. Vol. 206 (2—3), pp. 273—281.
32. Lyssenko L., Schmahl C., Bockhacker L., et al. Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *American Journal of Psychiatry*, 2018. Vol. 175 (1), pp. 37—46. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17010025
33. McFetridge M.A., Milner R., Gavin V., et al. Borderline personality disorder: patterns of self-harm, reported childhood trauma and clinical outcome. *BJPsych Open*, 2015. Vol. 1 (1), pp. 18—20. doi:10.1192/bjpo.bp.115.000117

34. Muehlenkamp J.J., Claes L., Smits D., et al. Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model. *Psychiatry Research*, 2011. Vol. 188 (1), pp. 102—108. doi:10.1016/j.psychres.2010.12.023
35. Muehlenkamp J.J., Kerr P.L., Bradley A.R., et al. Abuse Subtypes and Nonsuicidal Self-Injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2010. Vol. 198 (4), pp. 258—263. doi:10.1097/nmd.0b013e3181d612ab
36. Navarro-Haro M.V., Wessman I., Botella C., et al. The role of emotion regulation strategies and dissociation in non-suicidal self-injury for women with borderline personality disorder and comorbid eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2015. Vol. 63, pp. 123—130. doi:10.1016/j.comppsy.2015.09.001
37. Nock M.K. Future directions for the study of suicide and self-injury. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2012. Vol. 41 (2), pp. 255—259. doi:10.1080/15374416.2012.652001
38. Nock M.K. Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 2009. Vol. 18 (2), pp. 78—83.
39. Oldershaw A., Lavender T., Sallis H. et al. Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*, 2015. Vol. 39, pp. 83—95. doi:10.1016/j.cpr.2015.04.005
40. Palmisano G.L., Innamorati M., Sarracino D., et al. Trauma and dissociation in obese patients with and without binge eating disorder: A case—control study [Elektronnyi resurs]. *Cogent Psychology*, 2018. Vol. 5 (1). Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23311908.2018.1470483> (Accessed 15.01.2020). doi:10.1080/23311908.2018.1470483
41. Palmisano G.L., Innamorati M., Susca G., et al. Childhood traumatic experiences and dissociative phenomena in eating disorders: Level and association with the severity of binge eating symptoms. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2018. Vol. 19 (1), pp. 88—107. doi:10.1080/15299732.2017.1304490
42. Perez S., Lorca F., Marco J.H. Dissociation, posttraumatic stress symptoms, emotional dysregulation, and invalidating environments as correlates of NSSI in borderline personality disorder patients [Elektronnyi resurs]. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2020. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15299732.2020.1719262> (Accessed 29.02.2020). doi:10.1080/15299732.2020.1719262
43. Pérez S., Marco J.H., Cañabate M. Non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: prevalence, forms, functions, and body image correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 2018. Vol. 84, pp. 32—38. doi:10.1016/j.comppsy.2018.04.003
44. Pignatelli A. M., Wampers M., Loriedo C., et al. Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2016. Vol. 18 (1), pp. 100—115. doi:10.1080/15299732.2016.1198951
45. Rallis B.A., Deming C.A., Glenn J.J., et al. What is the role of dissociation and emptiness in the occurrence of nonsuicidal self-injury? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2012. Vol. 26, pp. 287—298. doi:10.1891/0889-8391.26.4.287
46. Sadeh N., Londahl-Shaller E.A., Piatigorsky A., et al. Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms. *Psychiatry Research*, 2014. Vol. 216 (2), pp. 217—222. doi:10.1016/j.psychres.2014.02.018

47. Scalabrini A., Cavicchioli M., Fossati A., et al. The extent of dissociation in borderline personality disorder: a meta-analytic review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2017. Vol. 18 (4), pp. 522—543. doi:10.1080/15299732.2016.1240738
48. Schauer E., Elbert T. The psychological impact of child soldiering. In Martz E. (ed.). *Trauma rehabilitation after war and conflict*. New York, NY: Springer, 2010, pp. 311—360.
49. Schauer M., Elbert T. Dissociation following traumatic stress. *Zeitschrift für Psychologie*, 2010. Vol. 218 (2), pp. 109—127. doi:10.1027/0044-3409/a000018
50. Shenk C.E., Noll J.G., Cassarly J.A. A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Youth and Adolescence*, 2010. Vol. 39 (4), pp. 335—342. doi:10.1007/s10964-009-9456-2
51. Swannell S., Martin G., Page A., et al. Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 2012. Vol. 36 (7—8), pp. 572—584. doi:10.1016/j.chiabu.2012.05.005
52. Trickett P.K., Noll J.G., Putnam F.W. The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 2011. Vol. 23 (2), pp. 453—476.
53. Van der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S., et al. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 1996. Vol. 153 (7), pp. 83—93.
54. Van der Kolk B.A., Perry J.C., Herman J.L. Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*. 1991, Vol. 148 (12), pp. 1665—1671.
55. Van Dijke A., Hopman J.A., Ford J.D. Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder [Elektronnyi resurs]. *European Journal of Psychotraumatology*, 2018. Vol. 9 (1). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5795767/> (Accessed 15.01.2020). doi:10.1080/20008198.2017.1400878
56. Van Dijke A., van der Hart O., Ford J.D., et al. Affect Dysregulation and Dissociation in Borderline Personality Disorder and Somatoform Disorder: Differentiating Inhibitory and Excitatory Experiencing States. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2010. Vol. 11 (4), pp. 424—443. doi:10.1080/15299732.2010.496140
57. Vanderlinden J., Palmisano G. Trauma and Eating Disorders: The State of the Art. In Seubert A.J., Viridi P. (eds.). *Trauma-Informed Approaches to Eating Disorders*. New York: Springer Publishing Company, 2018, pp. 15—32.
58. Vermetten E., Spiegel D. Trauma and dissociation: Implications for borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2014. Vol. 16 (2), pp. 1—10. doi:10.1007/s11920-013-0434-8
59. Yates T.M. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 2004. Vol. 24 (1), pp. 35—74. doi:10.1016/j.cpr.2003.10.001
60. Zetterqvist M., Lundh L., Göran Svedin C. A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: Support for a specific distress-function relationship. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2014. Vol. 8, pp. 23—37. doi:10.1186/1753-2000-8-23

Информация об авторах

Польская Наталья Анатольевна, доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>, e-mail: polskayana@yandex.ru

Мельникова Мария Александровна, студентка магистратуры факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2729-9877>, e-mail: melnikova-ma@mail.ru

Information about the authors

Natalia A. Polskaya, Doctor of Psychology, Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7305-5577>, e-mail: polskayana@yandex.ru

Mariya A. Melnikova, Masters Student, Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2729-9877>, e-mail: melnikova-ma@mail.ru

Получена 08.01.2020

Received 08.01.2020

Принята в печать 06.03.2020

Accepted 06.03.2020

АНТИСОЦИАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ: МЕТОДОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА

К.В. СЫРОКВАШИНА

НМИЦ ПН имени В.П. Сербского, г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3172-6130>,
e-mail: syrovkashina@mail.ru

Е.Г. ДОЗОРЦЕВА

НМИЦ ПН имени В.П. Сербского, Московский государственный
психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1309-0485>,
e-mail: edozortseva@mail.ru

Статья посвящена проблемам понимания и диагностики антисоциального расстройства личности у подростков и юношей. Современные трактовки категорий «антисоциальное расстройство личности» и «психопатия» представлены в двух конкурирующих концептуальных подходах, возглавляемых Р. Хейром и Д. Куком. Применение этих диагнозов по отношению к подросткам остается проблематичным, однако можно выделить некоторые предикторы, указывающие на возможность развития таких видов расстройств личности в будущем. Особую проблему представляет методическая сторона диагностики антисоциального расстройства личности и соответствующих ему индивидуальных черт у подростков. Дальнейшее развитие этой области исследований будет способствовать формированию теоретической базы, методического инструментария и практики диагностики, профилактики и коррекции антисоциального личностного расстройства у подростков и юношей.

Ключевые слова: антисоциальное расстройство личности, психопатия, подростковый возраст, предикторы, расстройство поведения, диагностика личностных расстройств.

Для цитаты: Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г. Антисоциальное расстройство личности у подростков и юношей: методология и диагностика // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 49—62. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280104>

ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER IN ADOLESCENCE: METHODOLOGY AND DIAGNOSTICS

KSENIYA V. SYROKVASHINA

The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry
and Narcology, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3172-6130>,

e-mail: syrovkashina@mail.ru

ELENA G. DOZORTSEVA

The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology,
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1309-0485>,

e-mail: edozortseva@mail.ru

The paper describes the issues in conceptualization and diagnostics of antisocial personality disorder in adolescents and youths. Modern interpretations of the antisocial personality disorder and psychopathy categories are presented in two competing approaches headed by R. Hare and D. Cooke. The application of these diagnoses to adolescents remains problematic, however, it is possible to single out certain predictors indicating potential development of antisocial personality disorder in the future. The methods of diagnostics of the antisocial personality disorder and corresponding individual traits in adolescents present a special problem. Further development of this research area will contribute to the forming of the theoretical grounds, methods, and inventories, as well as the practice of diagnostics, prevention and correction of antisocial personality disorder in adolescents and youths.

Keywords: antisocial personality disorder, psychopathy, adolescence, predictors, conduct disorder, diagnostics of personality disorders.

For citation: Syrovkashina K.V., Dozortseva E.G. Antisocial Personality Disorder in Adolescence: Methodology and Diagnostics. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 49—62. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280104>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Человек с психопатией или социопатией, безответственно манипулирующий чувствами других, склонный к риску и не испытывающий вины

за совершенные поступки — труднейший клиент в кабинете психолога. Антисоциальное расстройство личности остается одним из самых обременительных для общества среди психических расстройств, что обусловлено прочной связью с криминальным и насильственным поведением, ранней смертностью, семейными дисфункциями, проблемами трудоустройства, алкоголизмом и наркоманией [22; 32]. Кроме того, лица с антисоциальным расстройством личности тяжело поддаются терапии, как собственно личностных проблем, так и сопутствующих, таких, в частности, как злоупотребление психоактивными веществами [24]. Учитывая, что формирование личности, и, соответственно, личностных аномалий, происходит в подростковом и юношеском возрасте, исследовательский интерес направлен на возможности диагностики и коррекции именно в этих возрастах.

Международная диагностика

Понятие «антисоциальное расстройство личности», принятое в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам DSM-5, подразумевает устойчивый паттерн пренебрежения правами других и нарушения этих прав и включает три или более следующих признаков: несоблюдение социальных норм, в том числе правовых, лживость, импульсивность, раздражительность и агрессивность, пренебрежение безопасностью (своей или других), постоянная безответственность и отсутствие раскаяния. Постановка диагноза возможна в возрасте от 18 лет, причем перечисленные индикаторы должны проявляться с 15 лет, а до этого возраста должны быть зафиксированы признаки расстройства поведения [9]. В параллели с этой диагностической категорией находится категория «диссоциальное личностное расстройство», которая входит в Международную классификацию болезней (МКБ-10) под шифром F60.2 и характеризует лиц, пренебрегающих социальными обязанностями, черствых и равнодушных к окружающим, не соблюдающих социальные нормы, агрессивных, склонных обвинять других и оправдывать себя, конфликтных и труднокорректируемых [3]. Оба приведенных термина ассоциируются также с понятиями «социопатия» и «психопатия». Следует отметить, что в зарубежной клинической психологии, в особенности если речь идет о лицах, нарушающих закон, чаще используется понятие «психопатия». В планируемой к принятию в 2022 г. новой классификации МКБ-11 введен домен «диссоциальность», включающий не только степень выраженности личностных нарушений, но и патологические личностные черты (эгоцентризм и отсутствие эмпатии, выражающиеся в неуважении к правам и чувствам других) и имеющий значительное сходство с основны-

ми чертами антисоциального расстройства. При этом при анализе перехода от МКБ-10 к МКБ-11 отмечено, что диссоциальность как черта может быть также относительно выраженной у лиц с нарциссическим и истерическим расстройством личности [5].

Хотя термин «психопатия» не институционализирован и не является официальным для статистических документов, исторически он предшествовал другим категориям, а в настоящее время очень часто встречается в специальной литературе в качестве аналога антисоциального расстройства личности, поэтому следует уделить ему особое внимание.

Появившись впервые в немецкой психиатрии, понятие «психопатия» хотя и относилось, прежде всего, к асоциальным личностям, было, скорее, связано с представлениями о личностных расстройствах широкого спектра. Именно так его восприняли и российские психиатры, вслед за немецкой традицией до 90-х годов XX века разрабатывавшие концепцию психопатий как личностных дисгармоний, отличающихся тотальностью, стабильностью и ведущих к социальной дезадаптации [2].

В отличие от этого в англоязычных странах акцент в трактовке понятия «психопатия» первоначально делался не столько на личностных чертах, сколько на особенностях поведения, которое имело агрессивный, безответственный и в целом асоциальный характер [1]. Крупный шаг в развитии представлений о психопатии был совершен Херви Клекли (*Hervey Cleckley*), предложившим ввести категорию «психопатической личности» как отдельную клиническую единицу. Ее основными свойствами были дисфункции межличностных отношений и дефицит эмоций. Описание типичного психопата, составленное Х. Клекли, содержало такие признаки, как внешний шарм, эгоцентризм, ненадежность, низкое чувство вины и отсутствие угрызений совести, неспособность учиться на собственном опыте и мало мотивированное антисоциальное поведение [6].

Роберт Хейр (*Robert Hare*) развил концепцию психопатии, опираясь на несколько сфер и базовых характеристик личности. Одной из них, наряду с деструктивными отношениями с окружающими, дефицитом чувства вины и эмпатии, является антисоциальное поведение [16, 17]. Психодиагностический опросник, разработанный на основе этих критериев — Контрольный лист психопатии, обновленная версия (*Psychopathy Checklist — revised; PCL-R*), получил распространение в области оценки риска противоправного поведения [14]. Первоначально Хейр позиционировал двухфакторную структуру методики, оценивающей психопатию, включающую психопатические личностные черты и поведенческий стиль. В более позднем варианте в ней фигурируют четыре основные группы факторов: интерперсональные отношения (склонность к манипулированию и лжи, переоценка Я), аффективные особенности (слабая способность к

эмпатии, низкое чувство вины), жизненный стиль (импульсивность, поиск дополнительной стимуляции) и антисоциальное поведение (подростковая делинквентность, слабый контроль поведения).

Появление в DSM-5 диагностической категории «антисоциальное личностное расстройство» было встречено Хейром критически. Он считал ее не вполне соответствующей «психопатии», слишком широкой и, в отличие от психопатии, оцениваемой с помощью его диагностического инструмента, не имеющей прогностической валидности [15].

Исследователь психопатии психолог Дэвид Кук (*David Cooke*), первоначально сотрудничавший с Хейром, а затем регулярно критиковавший его подход [8; 25], совместно с коллегами разработал собственную концепцию психопатии. Принципиальное различие в их подходах заключается в том, что Хейр включает в свою концептуальную и диагностическую систему трактовки психопатии антисоциальное поведение субъекта в качестве одного из основных критериев, тогда как с точки зрения Кука такое поведение является следствием определенной совокупности личностных черт и не должно фигурировать в самом понятии «психопатия» изначально. Структура психопатической личности была построена Куком и его соавторами на основе опроса специалистов по психическому здоровью, работавших с психопатическими личностями [7]. В результате были выделены шесть основных сфер — когнитивная, эмоциональная, поведенческая, сферы привязанности, доминирования и самооценки. Каждая из сфер имела собственные частные показатели. Была также разработана методика диагностики психопатии — «Всесторонняя оценка психопатической личности» (*The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality, CAPP*), отличающаяся хорошей валидностью и одномерностью субшкал, направленных на разные сферы [20].

Антисоциальное расстройство личности и подростково-юношеский возраст

Вопрос о постановке диагноза «личностное расстройство» в подростковом возрасте всегда был дискуссионным [27]. Большинство личностных аномалий могут фиксироваться с шестнадцати лет, однако именно антисоциальное расстройство личности, как уже говорилось, имеет наиболее жесткое возрастное ограничение «снизу» — восемнадцатилетний возраст. Подростковый возраст предполагает несформированность личностной структуры, что не позволяет еще говорить о наличии личностного расстройства. Кроме того, следует подчеркнуть стремление клиницистов дестигматизировать детей и подростков и использовать для них

альтернативные диагнозы [4]. В DSM-5 указывается, что следует соблюдать осторожность в диагностике детей и подростков с расстройством личности, за исключением сравнительно редких случаев, когда конкретные дезадаптивные черты личности проявляются во всех сферах, постоянно и вряд ли ограничиваются определенной стадией развития [30]. То, что такие случаи все же могут иметь место, демонстрируют работы группы канадских исследователей. Согласно их данным, высокий уровень физической агрессии на протяжении нескольких возрастных периодов сохраняют от 3% до 5% детей и подростков [31].

Проблема применимости понятия психопатии к детско-подростковому возрасту и возможности выявления в детстве черт, свойственных психопатическим личностям, обсуждалась специалистами преимущественно в теоретическом плане. Основное требование для положительного ответа на этот вопрос, с их точки зрения, — обнаружение в детском возрасте целостного синдрома симптомов, свойственных психопатии, а также его стабильность и инвариантность конфигурации в ключевых возрастах [18]. Вместе с тем сама постановка вопроса свидетельствует о наличии нерешенной проблемы в этой области.

В ряде клинических работ рассматривался вопрос об этиологии антисоциального личностного расстройства как мультифакторного конструкта. По данным исследований, в его формировании существенную роль играет наследственность — разные источники оценивают ее вклад от 38% до 69% [9]. Однако социальные факторы и психопатология также играют существенную роль в его становлении.

Одним из главных коррелятов и предикторов антисоциального личностного расстройства является предшествующее расстройство поведения, которое демонстрируют от 80% до 90% лиц с подобным диагнозом [24; 30; 32]. В метаанализе, включавшем пять крупных исследований, Рольф Лебер (*Rolf Loeber*) с коллегами показали, что подростки с расстройством поведения демонстрируют впоследствии антисоциальное личностное расстройство в 17 раз чаще, чем подростки без расстройства поведения [21]. При этом не все симптомы расстройства поведения оказываются одинаково важными предикторами антисоциального расстройства личности. Наибольшие шансы формирования антисоциального личностного расстройства имеют подростки с ранними, устойчивыми и тяжелыми формами антисоциального агрессивного поведения (такими, как грабежи, изнасилования, вооруженные нападения) [21]. Высокий уровень базовой агрессии в подростковом возрасте также служит надежным предиктором высокого риска формирования антисоциального личностного расстройства, повышая его вероятность в 27 раз [33].

Кроме того, антисоциальное личностное расстройство значимо связано с употреблением алкоголя, психоактивных веществ, а также аф-

фективными расстройствами — дистимией, депрессией [21; 30; 32]. При этом тревога играет, напротив, защитную роль в отношении риска формирования антисоциального расстройства и уменьшает его [21].

В то же время исследования связей антисоциального личностного расстройства с такими расстройствами, как синдром гиперактивности и дефицита внимания, а также оппозиционно-вызывающее расстройство дают неоднозначные результаты [9; 11; 23]. Следует отметить, что возможное влияние этих расстройств не имеет непосредственного характера, они способствуют более раннему появлению расстройства поведения, которое, в свою очередь, прочно связывается со становлением антисоциального расстройства личности.

Аналогичным образом негативный социальный (семейный) опыт в детстве, в целом, имеет опосредованную связь с диагностикой антисоциального личностного расстройства через более ранние формы психопатологии и поведенческих девиаций. Однако перенесенное физическое и сексуальное насилие может служить предиктором формирования этого вида расстройств, в особенности его агрессивных проявлений [9].

Ряд исследовательских работ были посвящены обоснованию возможности диагностики антисоциального личностного расстройства именно в подростково-юношеском возрасте [10; 19; 29]. Так, исследование коморбидности расстройства поведения с расстройствами личности у подростков, отбывающих наказание за совершение противоправных действий, показало, что единственным видом личностных расстройств, непосредственно связанным с расстройством поведения, является антисоциальное расстройство. На основании этого Т. Эппрайт (*T. Eppright*) и его коллеги полагают, что критерии расстройств личности необходимо уточнить с учетом возраста, что даст возможность применять их к подросткам, не достигшим 18 лет [10]. В другом исследовании был выделен ряд особенностей, свойственных «подростковому» антисоциальному личностному расстройству: снижение вербального интеллекта, преобладание девиантных подростков среди друзей, склонность к депрессивным реакциям и употреблению психоактивных веществ [29]. Специальная работа была посвящена дифференциации подтипов антисоциальной личности у подростков. Она позволила определить пять таких подтипов, различающихся особенностями адаптации и функционирования, семейной обстановкой в детстве и семейной историей психических заболеваний: психопатоподобный, социально замкнутый, импульсивно-гистрионный, эмоционально дисрегулированный и характеризующийся трудностями контроля внимания. Такая дифференцированная диагностика обладала большой прогностической валидностью при прогнозировании проблем адаптации, числа арестов, поведенческих девиаций и качества отношений со сверстниками [19].

Проблемы диагностики

Описанные выше исследования особенностей проявления и критериальных характеристик антисоциального личностного расстройства у подростков проводились с помощью методик, ориентированных на диагностику целого спектра личностных расстройств: структурированное клиническое интервью для диагностики расстройств личности по классификации DSM-III-R (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders, SCID*) [10], методика оценки личностных расстройств — протокол оценки Шедлера-Вестена для подростков (*Shedler-Westen Assessment Procedure for Adolescents, SWAP-II-A*) [19].

В последние годы распространение получают исследования более комплексных личностных структур, характеризующих диссоциальность человека, первоначально включавших маккиавеллизм, психопатию и нарциссизм и получивших название темной триады (*dark triad*), а в последнее время — после добавления садизма — темной тетрады (*dark tetrad*). Для этих исследований, проводимых также и на подростках, используются краткие опросники, в которых собственно психопатии посвящены лишь несколько вопросов [28].

Вместе с тем существует потребность в специализированных инструментах, ориентированных на специфику расстройств. Классическим вариантом такого инструмента остается разработанный Р. Хейром PCL-R, методика оценки выраженности психопатических черт. Специально для подростков и юношей от 12 до 18 лет была создана модификация этой методики (*Psychopathy Checklist: Youth Version*), в которой учитываются интерперсональный, аффективный и поведенческий факторы [12]. Кроме того в этом же ключе для возраста 6—18 лет была разработана Скрининговая методика для оценки антисоциальной направленности (*Antisocial Process Screening Device*), позволяющая начать раннюю профилактику асоциального развития детей и подростков [13].

Уже упоминавшаяся методика SAPP, разработанная Дэвидом Куком и его коллегами, была первоначально предназначена для внешней оценки признаков психопатии специалистом. Последние разработки этой группы авторов касаются новой версии этого инструмента в виде опросника самоотчета. Методика имеет хорошие психометрические характеристики и, по мнению авторов, пригодна для использования как для взрослых, так и для подростков с нормальным интеллектуальным уровнем [26].

Выводы

Понятие антисоциального расстройства личности широко применяется в диагностике взрослых лиц, в подростковом возрасте чаще ис-

пользуются диагнозы, ассоциирующиеся с его последующим формированием. Вместе с тем целый ряд специалистов отстаивают возможность диагностики антисоциального расстройства у подростков. Конструкт психопатии для подросткового возраста используется шире, нежели антисоциальное расстройство личности. Аналогом этих категорий в практике, ориентированной на МКБ-10, в том числе отечественной, является понятие диссоциального личностного расстройства. Многие вопросы, касающиеся применения этих диагностических категорий, остаются открытыми. Следует определить четкие концептуальные ориентиры и дефиниции терминов. Необходима новая информация, позволяющая оценить наличие в детском и подростково-юношеском возрасте основных симптомов, или черт, характерных для антисоциального расстройства личности или психопатии, их устойчивость и конфигурацию, динамику формирования и закрепление, фиксацию в стабильные личностные структуры. Потребность в таких сведениях особенно велика в преддверии введения новой системы классификации — МКБ-11, которая предполагает не только качественную диагностику, но и определение степени выраженности тех или иных характеристик личностных аномалий. Все это требует новых исследований, а они, в свою очередь, невозможны без соответствующих надежных психометрических инструментов, которые станут результатом либо адаптации существующих, либо разработки новых валидных и надежных методик. Создание методического аппарата будет способствовать не только адекватной диагностике аномалий личности, но и построению стратегии коррекционно-реабилитационной работы с подростками.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Блэкборн Р.* Психология криминального поведения: пер. с англ. СПб.: Питер, 2004. 495 с.
2. *Ганнушкин П.Б.* Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М.: Север, 1933. 141 с.
3. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [Электронный ресурс]. URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4328> (дата обращения: 02.12.2019).
4. *Adshead G., Brodrick P., Preston J., et al.* Personality disorder in adolescence // *Advances in Psychiatric Treatment*. 2012. Vol. 18 (2). P. 109—118. doi:10.1192/apt.bp.110.008623
5. *Bach B., First M.B.* Application of the ICD-11 classification of personality disorders [Электронный ресурс] // *BMC Psychiatry*. 2018. Vol. 18. URL: <https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1908-3#citeas> (дата обращения: 5.11.2019). doi:10.1186/s12888-018-1908-3
6. *Cleckley H.* The Mask of Sanity. St. Louis, MO: Mosby, 1976. 471 p.

7. *Cooke D., Hart S.D., Logan C.* Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality Disorder. Institutional Rating Scale, version 1.1. Glasgow: Glasgow Caledonian University, 2004. 64 p.
8. *Cooke D., Michie C., Skeem J.* Understanding the Structure of Psychopathy Checklist — Revised // *British Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 190. P. 39—50. doi:10.1192/bjp.190.5.s39
9. *DeLisi M., Drury A.J., Elbert M.J.* The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology // *Comprehensive Psychiatry*. 2019. Vol. 92. P. 1—6. doi:10.1016/j.comppsy.2019.04.001
10. *Eppright T.D., Kashani J.H., Robison B.D., et al.* Comorbidity of conduct disorder and personality disorders in an incarcerated juvenile population // *American Journal of Psychiatry*. 1993. Vol. 150 (8). P. 1233—1236.
11. *Fischer M., Barkley R.A., Smallish L., et al.* Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2002. Vol. 30 (5). P. 463—475.
12. *Forth A., Kosson D., Hare R.D.* Hare Psychopathy Checklist: Youth Version. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 2003. 77 p.
13. *Frick P.J., Hare R.D.* The Antisocial Process Screening Device. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 2002. 72 p.
14. *Hare R.D.* Twenty Years of Experience with the Cleckley Psychopath // *Unmasking the Psychopath: Antisocial personality and related syndromes* / W.H. Reid, D. Dorr, J.I. Walker, et al. (eds.). New York: Norton, 1986. P. 3—27.
15. *Hare R.D.* Psychopathy and Antisocial Personality Disorder: A Case of Diagnostic Confusion // *Psychiatric Times*. 1996. Vol. 13 (2). P. 39—40.
16. *Hare R.D.* The Hare Psychopathy Checklist — Revised. Toronto, 2003. 222 p.
17. *Hare R.D., Neumann C.S.* Psychopathy as a clinical and empirical construct // *Annual Review of Clinical Psychology*. 2008. Vol. 4 (1). P. 217—246. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452
18. *Johnstone L., Cooke D.J.* Psychopathic-Like Traits in Childhood: Conceptual and Measurement Concerns // *Behavioral Sciences and the Law*. 2004. Vol. 22 (1). P. 103—125. doi:10.1002/bsl.577
19. *Jones M., Westen D.* Diagnosis and subtypes of adolescent antisocial personality disorder // *Journal of Personality Disorders*. 2010. Vol. 24 (2). P. 217—243. doi:10.1521/pedi.2010.24.2.217
20. *Kreis M.K., Cooke D.J., Michie C., et al.* The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP): Content validation using prototypical analysis // *Journal of Personality Disorders*. 2012. Vol. 26 (3). P. 402—413. doi:10.1521/pedi.2012.26.3.402
21. *Loeber R., Green S.M., Lahey B.B.* Risk factors for adult antisocial personality // *Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour* / D.P. Farrington, J.W. Coid (eds). Cambridge, England: Cambridge University Press, 2003. P. 79—108.
22. *Miller T.R., Cohen M.A., Wiersma B.* Victim costs and consequences: A new look. Washington, DC: National Institute of Justice, US Department of Justice, 1996. 28 p.

23. Moffitt T.E., Caspi A., Harrington H., et al. Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years // *Development & Psychopathology*. 2002. Vol. 14 (1). P. 179—207. doi:10.1017/S0954579402001104
24. Myers M.G., Stewart D.G., Brown S.A. Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse // *American Journal of Psychiatry*. 1998. Vol. 155 (4). P. 479—485. doi:10.1176/ajp.155.4.479
25. *Psychopathy: theory, research, and implications for society* / D.J. Cooke, A.E. Forth, R.D. Hare (eds.). Dordrecht: Kluwer, 1998. 428 p.
26. Sellbom M., Cooke D.J., Shou Y. Development and initial validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality-Self-Report (CAPP-SR) // *Psychological Assessment*. 2019. Vol. 31 (7). P. 878—894. doi:10.1037/pas0000714
27. Shiner R.L., Tackett J.L. *Personality Disorders in Children and Adolescents* // *Child psychopathology: 3rd ed.* / E.J. Mash, R.A. Barkley (eds.). New York: The Guilford Press, 2014. P. 848—896.
28. Sijtsma J.J., Garofalo C., Jansen K., et al. Disengaging from Evil: Longitudinal Association Between the Dark Triad, Moral Disengagement, and Antisocial Behavior in Adolescence // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2019. Vol. 47 (8). P. 1351—1365. doi:10.1007/s10802-019-00519-4
29. Taylor J., Elkins I.J., Legrand L., et al. Construct validity of adolescent antisocial personality disorder // *Journal of Youth and Adolescence*. 2007. Vol. 36 (8). P. 1048—1057. doi:10.1007/s10964-006-9163-1
30. Teplin L.A., Abram K.M., McClelland G.M., et al. Psychiatric Disorders of Youth in Detention // *Archives of General Psychiatry*. 2002. Vol. 59 (12). P. 1133—1143. doi:10.1001/archpsyc.59.12.1133
31. Tremblay R. Prevention of Youth Violence: Why not Start at the Beginning? // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2006. Vol. 34 (4). P. 481—487. doi:10.1007/s10802-006-9038-7
32. Washburn J.J., Romero E.G., Welty L.J., et al. Development of Antisocial Personality Disorder in Detained Youth: The Predictive Value of Mental Disorders // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007. Vol. 75 (2). P. 221—231. doi:10.1037/0022-006X.75.2.221
33. Whipp A.M., Korhonen T., Raevuori A., et al. Early adolescent aggression predicts antisocial personality disorder in young adults: a population-based study // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2019. Vol. 28 (3). P. 341—350. doi:10.1007/s00787-018-1198-9

REFERENCES

1. Blackburn R. *Psikhologiya kriminal'nogo povedeniya* [The psychology of criminal conduct]. Saint Petersburg: Piter, 2004. 495 p. (In Russ.).
2. Gannushkin P.B. *Klinika psikhopatii, ikh statika, dinamika, sistematika* [Clinical phenomenology of psychopathic personalities, their statics, dynamics and systematics]. Moscow: Sever, 1933. 141 p.
3. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei 10-go peresmotra (MKB-10)* [International classification of diseases: 10th revision (ICD-10)] [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4328> (Accessed 02.12.2019).

4. Adshead G., Brodrick P., Preston J., et al. Personality disorder in adolescence. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2012. Vol. 18 (2), pp. 109—118. doi:10.1192/apt.bp.110.008623
5. Bach B., First M.B. Application of the ICD-11 classification of personality disorders [Elektronnyi resurs]. *BMC Psychiatry*, 2018. Vol. 18. Available at: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1908-3#citeas> (Accessed 5.11.2019). doi:10.1186/s12888-018-1908-3
6. Cleckley H. *The Mask of Sanity*. St. Louis, MO: Mosby, 1976. 471 p.
7. Cooke D., Hart S.D., Logan C. *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality Disorder. Institutional Rating Scale, version 1.1*. Glasgow: Glasgow Caledonian University, 2004. 64 p.
8. Cooke D., Michie C., Skeem J. Understanding the Structure of Psychopathy Checklist — Revised. *British Journal of Psychiatry*, 2007. Vol. 190, pp. 39—50. doi:10.1192/bjp.190.5.s39
9. DeLisi M., Drury A.J., Elbert M.J. The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 2019. Vol. 92, pp. 1—6. doi:10.1016/j.compsych.2019.04.001
10. Eppright T.D., Kashani J.H., Robison B.D., et al. Comorbidity of conduct disorder and personality disorders in an incarcerated juvenile population. *American Journal of Psychiatry*, 1993. Vol. 150 (8), pp. 1233—1236.
11. Fischer M., Barkley R.A., Smallish L., et al. Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2002. Vol. 30 (5), pp. 463—475.
12. Forth A., Kosson D., Hare R. D. *Hare Psychopathy Checklist: Youth Version*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 2003. 77 p.
13. Frick P.J., Hare R.D. *The Antisocial Process Screening Device*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 2002. 72 p.
14. Hare R.D. Twenty Years of Experience with the Cleckley Psychopath. In Reid W.H., Dorr D., Walker J.I., et al (eds.). *Unmasking the Psychopath: Antisocial personality and related syndromes*. New York: Norton, 1986, pp. 3—27.
15. Hare R.D. Psychopathy and Antisocial Personality Disorder: A Case of Diagnostic Confusion. *Psychiatric Times*, 1996. Vol. 13 (2), pp. 39—40.
16. Hare R.D. *The Hare Psychopathy Checklist — Revised*. Toronto, 2003. 222 p.
17. Hare R.D., Neumann C.S. Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2008. Vol. 4 (1), pp. 217—246. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452
18. Johnstone L., Cooke D.J. Psychopathic-Like Traits in Childhood: Conceptual and Measurement Concerns. *Behavioral Sciences and the Law*, 2004. Vol. 22 (1), pp. 103—125. doi:10.1002/bsl.577
19. Jones M., Westen D. Diagnosis and subtypes of adolescent antisocial personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 2010. Vol. 24 (2), pp. 217—243. doi:10.1521/pedi.2010.24.2.217
20. Kreis M.K., Cooke D.J., Michie C., et al. The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP): content validation using prototypical analysis.

- Journal of Personality Disorders*, 2012. Vol. 26 (3), pp. 402—413. doi:10.1521/pedi.2012.26.3.402
21. Loeber R., Green S.M., Lahey B.B. Risk factors for adult antisocial personality. In Farrington D.P., Coid J.W. (eds.). *Early Prevention of Adult Antisocial Behaviour*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 2003, pp. 79—108.
 22. Miller T.R., Cohen M.A., Wiersema B. Victim costs and consequences: a new look. Washington, DC: National Institute of Justice, US Department of Justice, 1996. 28 p.
 23. Moffitt T.E., Caspi A., Harrington H., et al. Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. *Development & Psychopathology*, 2002. Vol. 14 (1), pp. 179—207. doi:10.1017/S0954579402001104
 24. Myers M.G., Stewart D.G., Brown S.A. Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. *American Journal of Psychiatry*, 1998. Vol. 155 (4), pp. 479—485. doi:10.1176/ajp.155.4.479
 25. Cooke D.J., Forth A.E., Hare R.D. (eds.). *Psychopathy: theory, research, and implications for society*. Dordrecht: Kluwer, 1998. 428 p.
 26. Sellbom M., Cooke D.J., Shou Y. Development and initial validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality-Self-Report (CAPP-SR). *Psychological Assessment*, 2019. Vol. 31 (7), pp. 878—894. doi:10.1037/pas0000714
 27. Shiner R.L., Tackett J.L. Personality Disorders in Children and Adolescents. In Mash E.J., Barkley R.A. (eds.). *Child psychopathology: 3rd ed.* New York: The Guilford Press, 2014, pp. 848—896.
 28. Sijtsema J.J., Garofalo C., Jansen K., et al. Disengaging from Evil: Longitudinal Association Between the Dark Triad, Moral Disengagement, and Antisocial Behavior in Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2019. Vol. 47 (8), pp. 1351—1365. doi:10.1007/s10802-019-00519-4
 29. Taylor J., Elkins I.J., Legrand L., et al. Construct validity of adolescent antisocial personality disorder. *Journal of Youth and Adolescence*, 2007. Vol. 36 (8), pp. 1048—1057. doi:10.1007/s10964-006-9163-1
 30. Teplin L.A., Abram K.M., McClelland G.M., et al. Psychiatric Disorders of Youth in Detention. *Archives of General Psychiatry*, 2002. Vol. 59 (12), pp. 1133—1143. doi:10.1001/archpsyc.59.12.1133
 31. Tremblay R. Prevention of Youth Violence: Why not Start at the Beginning? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2006. Vol. 34 (4), pp. 481—487. doi:10.1007/s10802-006-9038-7
 32. Washburn J.J., Romero E.G., Welty L.J., et al. Development of Antisocial Personality Disorder in Detained Youth: The Predictive Value of Mental Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2007. Vol. 75 (2), pp. 221—231. doi:10.1037/0022-006X.75.2.221
 33. Whipp A.M., Korhonen T., Raevuori A., et al. Early adolescent aggression predicts antisocial personality disorder in young adults: a population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2019. Vol. 28 (3), pp. 341—350. doi:10.1007/s00787-018-1198-9

Информация об авторах

Сыроквашина Ксения Валерьевна, кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник, ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3172-6130>, e-mail: syrovkashina@mail.ru

Дозорцева Елена Георгиевна, доктор психологических наук, профессор, главный научный сотрудник, ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России; профессор кафедры юридической психологии и права факультета юридической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3172-6130>, e-mail: edozortseva@mail.ru

Information about the authors

Kseniya V. Syrovkashina, Ph.D. (Psychology), Assistant Professor, Senior Researcher, The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3172-6130>, e-mail: syrovkashina@mail.ru

Elena G. Dozortseva, Doctor in Psychology, Professor, Chief Researcher, The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology; Professor, Chair of Legal Psychology, Faculty of Legal and Forensic Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1309-0485>, e-mail: edozortseva@mail.ru

Получена 30.12.2019

Received 30.12.2019

Принята в печать 29.01.2020

Accepted 29.01.2020

ДЕЗАДАПТИВНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ЧЕРТЫ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У ЛИЦ С ПЕРВОЙ ПОПЫТКОЙ СУИЦИДА И ХРОНИЧЕСКИМ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

А.Б. ХОЛМОГорова

Московский государственный психолого-педагогический
университет (ФГБОУ ВО МГППУ),
ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>,
e-mail: kholmogorova@yandex.ru

М.И. СУБОТИЧ

ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>,
e-mail: chernaya_masha@mail.ru

М.П. КОРХ

Московский государственный психолого-педагогический
университет (ФГБОУ ВО МГППУ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5366-8344>,
e-mail: mariya.korkh@gmail.com

А.А. РАХМАНИНА

ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>,
e-mail: rakhmanina.a@mail.ru

М.С. БЫКОВА

ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ»,
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0023-2202>,
e-mail: marbykova@list.ru

В статье сравнивается выраженность дезадаптивных личностных черт и психопатологической симптоматики у пациентов с первичными и с неоднократными суицидальными попытками. В исследовании приняли участие пациенты соматопсихиатрического отделения НИИ СП имени Склифосовского (N=61), из них половина (n=31) совершили первую попытку суицида и половина — повторные попытки (n=30). Результаты исследования не выявили различий между двумя группами по уровню выраженности симптомов социальной тревожности, депрессии и тревоги. Однако показатели таких дезадаптивных личностных черт, как социально предписанный перфекционизм и гиперсензитивный нарциссизм оказались значимо выше в группе пациентов, повторно совершивших суицидальную попытку. Также в этой группе зафиксированы более высокие показатели выраженности черт пограничного расстройства личности и значимые корреляционные связи между показателями психопатологической симптоматики и перечисленными дезадаптивными чертами личности. Делается вывод о необходимости своевременной диагностики этих черт и целенаправленной психотерапевтической работы с социально предписанным перфекционизмом, гиперсензитивным нарциссизмом и чертами пограничного расстройства личности у пациентов с суицидальными попытками с целью предотвращения хронификации суицидального поведения.

Ключевые слова: суицидальное поведение, повторные суицидальные попытки, дезадаптивные черты личности, психопатологическая симптоматика, пограничное расстройство личности, перфекционизм, социально предписанный перфекционизм, гиперсензитивный нарциссизм.

Для цитаты: Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Корх М.П., Рахманина А.А., Быкова М.С. Дезадаптивные личностные черты и психопатологическая симптоматика у лиц с первой попыткой суицида и хроническим суицидальным поведением // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 63—86. DOI: <https://doi.org/10.17759/spp.2020280105>

MALADAPTIVE PERSONALITY TRAITS AND PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN INDIVIDUALS WITH THE FIRST SUICIDAL ATTEMPT AND WITH CHRONIC SUICIDAL BEHAVIOR

ALLA B. KHOLMOGOROVA

Moscow State University of Psychology & Education,
Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care,
Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>,

e-mail: kholmogorova@yandex.ru

MARIYA I. SUBOTICH

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>,

e-mail: chernaya_masha@mail.ru

MARIYA P. KORKH

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5366-8344>,

e-mail: mariya.korkh@gmail.com

ANASTASIYA A. RAKHMANINA

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>,

e-mail: rakhmanina.a@mail.ru

MARIYA S. BYKOVA

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0023-2202>,

e-mail: marbykova@list.ru

The paper compares the severity of maladaptive personality traits and psychopathological symptoms in patients with primary and repeated suicide attempts. The study involved patients of the somatopsychiatric department of the Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care (N=61), who committed the first suicide attempt (n=31) or a repeated attempt (n=30). The results of the study did not reveal differences between the two groups in the severity of symptoms of social anxiety, depression and trait anxiety. However, indicators of such maladaptive personality traits as perfectionism and hypersensitive narcissism were significantly higher in the group of patients with a repeated suicide attempt. This group also manifested higher rates of the severity of borderline personality disorder traits and significant correlations between measures of psychopathology and maladaptive personality traits listed above.

Conclusion: timely diagnostics of maladaptive traits and psychotherapy targeting socially prescribed perfectionism, hypersensitive narcissism, and borderline personality features after the first suicide attempt is necessary to prevent repeated ones.

Keywords: suicidal behavior, repeated suicide attempts, psychopathological symptoms, maladaptive personality traits, borderline personality disorder, perfectionism, socially prescribed perfectionism, hypersensitive narcissism.

For citation: Kholmogorova A.B., Subotich M.I., Korkh M.P., Rakhmanina A.A., Bykova M.S. Maladaptive Personality Traits and Psychopathological Symptoms in Individuals with the First Suicidal Attempt and with Chronic Suicidal Behavior. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 63–86. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280105>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Суицидальное поведение является актуальной медико-социально-психологической проблемой. Среди суицидентов повторные суицидальные попытки предпринимают от 20% до 60% человек с временным интервалом до трех лет [14]. Анализ незавершенных суицидальных попыток важен для понимания причин и механизмов суицидогенеза. Как подчеркивает Б.С. Положий, количество незавершенных суицидов в несколько раз превышает количество самоубийств с летальным исходом [16]. Повторение суицидальных попыток является одним из наиболее важных предикторов законченных суицидов. Суицидальная попытка является существенным фактором риска для будущего суицидального поведения, включая и законченные суициды. На каждое законченное самоубийство приходится от 10 до 40 суицидальных попыток.

Важным предиктором суицидального поведения является депрессия [24]. Риск суицида у страдающих депрессией в 100 раз выше, чем у здоровых людей. Среди лиц, госпитализированных в психиатрическую больницу в связи с покушением на самоубийство, 60% совершают повторные суицидальные действия в течение полугода после выписки из стационара [19]. Неспособность получать удовольствие, чувство безнадежности, безысходности и, как следствие, бессмысленности жизни являются частыми симптомами депрессии и причинами суицидальных попыток [25].

Отмечается особая роль социальной тревожности в сочетании с депрессией для манифестации суицидального и самоповреждающего поведения [22]. Социальная тревожность способна оказать серьезное негативное влияние на процесс социальной, эмоциональной адаптации и на качество жизни. Это состояние эмоционального дискомфорта, страха, опасения и беспокойства в отношении социальной ситуации и негативной оценки социумом. Социальная тревожность нередко перерастает в социальную фобию, которая может привести к избегающему

поведению, дезадаптации и отказу от деятельности. Как показывают исследования, это расстройство связано с высоким риском суицида и злоупотребления психоактивными веществами [12]. Таким образом, суицидогенность тревожности проявляется в том, что она включает в себя субъективное ощущение беспокойства, своей уязвимости, незащищенности, личностной неопределенности. Социальная тревожность также связана с восприятием окружающего мира как чудного и враждебного, что приводит к социальной изоляции и в сочетании с депрессией повышает риск суицида [9; 26].

Чувство одиночества, в свою очередь, тесно связано с социальной изоляцией и депрессивной симптоматикой. Так, многие авторы описывают чувство одиночества, как недостаток социальных контактов, или как мнимое или реальное отсутствие тесных связей со значимыми другими. Одиночество может быть связано с такими факторами, как смена места жительства, учебы, смерть близких или разрушение значимых отношений. Его следствием нередко является депрессия и суицидальные попытки [44].

По результатам многих исследователей, неоднократные суицидальные попытки чаще всего совершают лица с личностной патологией и пограничным расстройством личности (ПРЛ) [49]. Так, в исследовании первичных и повторных суицидальных попыток в группе с повторными суицидальными попытками статистически чаще отмечались реактивные декомпенсации личностных расстройств: эмоционально-неустойчивое, демонстративное, диссоциальное [3]. Многие зарубежные авторы выделяют группы лиц с расстройствами личности, совершающих суициды, относя их к кластеру «В» по DSM-5 (антисоциальное, пограничное, нарциссическое и гистрионическое расстройство) [41; 49]. Согласно исследованиям, 75% лиц с пограничным личностным расстройством предпринимают суицидальные попытки, а 11% амбулаторных и 19% госпитализированных психиатрических пациентов имеют диагноз ПРЛ [41]. Суицидальные попытки и самоповреждения преобладают у пациентов с ПРЛ, причем чаще у женщин [40]. Для них характерны приступы гнева и изменчивый аффект, нестабильные межличностные отношения, аутодеструктивное поведение и хронические суицидальные мысли, акты самоповреждения и суицидальные попытки [15; 19; 48]. По данным ряда исследователей, более чем 65% пациентов с пограничным расстройством личности закончили жизнь самоубийством и имели в анамнезе суицидальные попытки, что характеризует их как категорию лиц с хроническим суициальным поведением, импульсивностью и трудностями контроля эмоций. При этом суицидальные попытки могут быть направлены на совладание с психической болью и сильными эмоциями: чувством отчаяния, сопровождающим реальную или потенциальную потерю [2; 18].

Повышает риск совершения суицидальных попыток также наличие таких личностных черт, как перфекционизм и нарциссизм. Так, многие авторы выявили связь между перфекционизмом и наличием симптомов тревоги, депрессии и суицидальных мыслей и намерений [5; 7; 22; 23]. Подчеркивается роль дезадаптивного когнитивного и личностного стиля (установление и поддержание нереалистично высоких стандартов и ожиданий, высокий уровень самокритицизма) у пациентов, совершивших попытку самоубийства [31; 32; 45]. В последнее десятилетие исследователями интенсивно изучаются разные типы перфекционизма. Наиболее общепринятым является выделение трех типов, предложенных авторами одной из первых шкал для диагностики перфекционизма П. Хьютом и Г. Флитом: Я-адресованный перфекционизм (высокие стандарты, которые человек предписывает себе и стремится достичь в своей деятельности); социально-предписанный перфекционизм (субъективное восприятие человеком других людей, как предписывающих высокие стандарты и ожидающих от него высоких достижений); перфекционизм, адресованный другим (высокие стандарты, которые адресуются другим людям с ожиданием от них совершенства и высоких достижений) [34; 36; 37]. В отдельную категорию принято выделять перфекционистский когнитивный стиль, который характеризуется фиксацией на ошибках и переживаниями по поводу своего несовершенства [7]. Среди разных видов перфекционизма наиболее деструктивным признан социально предписанный перфекционизм, который наиболее тесно связан с выраженной эмоциональной дезадаптацией и риском суицида [4; 29; 33; 38; 47].

Отечественными психологами рассматривалась тесная связь нарциссизма, перфекционизма и депрессии [21]. Люди с нарциссическими чертами постоянно ищут подтверждения своей грандиозности вовне, их самооценка характеризуется хрупкостью и неустойчивостью [28]. Чрезмерная обеспокоенность предполагаемыми и мнимыми недостатками способствует росту социальной тревожности, в связи с одновременным поиском внимания, одобрения и страхом негативной оценки социумом [1]. Современные исследователи рассматривают особый тип нарциссизма — гиперсензитивный или уязвимый нарциссизм и показывают его связь с риском суицида в ситуациях неудачи, фрустрации, негативной оценки со стороны социального окружения [30]. Социальная изоляция из-за страха самораскрытия перед другими связана с переживанием стыда и нередко становится причиной развития депрессивного состояния и суицидального поведения у лиц с данным типом нарциссизма [42; 43]. Уязвимый и гиперсензитивный нарциссизм также определяют как нарциссическую уязвимость. Так, патологический нарциссизм традиционно описывается в двух формах: нарциссической грандиозности и нарциссической уязвимости [6]. Личности с первым типом нарциссизма

отличаются агрессивностью, попытками доказать свое превосходство и уникальность, властностью и низким уровнем эмпатии [39]. Лица с нарциссической уязвимостью склонны к социальной изоляции, негативной аффективности и суицидальным мыслям и попыткам. Они избегают межличностных отношений, так как чрезмерно чувствительны к угрозам для самоуважения и неудачам в самоутверждении, что является препятствием на пути поддержания ощущения своей грандиозности, провоцируя депрессию, повышенную тревожность и чувство неполноценности [6].

Несмотря на многочисленные исследования, доказывающие важную роль депрессии, социальной тревожности и дезадаптивных личностных черт в суицидальном поведении, до сих пор существует дефицит исследований, направленных на сравнение их выраженности в зависимости от частоты суицидальных попыток. В связи с этим в рамках данного исследования решались следующие задачи: 1) сравнить выраженность симптомов депрессии, а также общей и социальной тревожности у пациентов с однократной и неоднократными суицидальными попытками; 2) сравнить выраженность черт пограничного расстройства личности, перфекционизма и гиперсензитивного нарциссизма у лиц с хроническим суицидальным поведением в отличие от лиц, совершивших суицидальную попытку впервые; 3) выявить связь между дезадаптивными личностными чертами и выраженностью психопатологической симптоматики.

Была выдвинута общая *гипотеза* о том, что у пациентов с неоднократными попытками будут более выражены дезадаптивные личностные черты и психопатологическая симптоматика.

Метод

Выборка. В исследовании приняли участие пациенты (N=61), совершившие попытку суицида и находящиеся на лечении в Соматопсихиатрическом отделении НИИ СП имени Н.В. Склифосовского. Половина из них ранее неоднократно совершали суицидальные попытки (49%), вторая половина (51%) — пациенты, совершившие суицидальную попытку впервые. Большинство обследованных — женщины (62%), мужчины составляли 38% от общего числа пациентов в выборке. 45 (74%) пациентов не состояли в браке. Более половины — находились в активном трудоспособном возрасте от 15 до 45 лет (87% от общей выборки), однако почти половина пациентов не были трудоустроены (52,5%). Большинство пациентов (77%) не имели высшего образования: 18 человек — среднее образование; 23 человека — средне-специальное; 6 человек имели неоконченное высшее образование.

По виду физической травмы были выделены следующие группы: колото-резаные ранения конечностей (X78); колото-резаные ранения

головы, шеи, груди и живота (X78); падения с высоты (X80); странгуляционная асфиксия (X70); самоотравление (X61—X69); огнестрельные ранения (X72—X74). Распределение выборки по психиатрическому диагнозу и способам суицидальной попытки представлены ниже (табл. 1).

Таблица 1
Способы суицида у пациентов из разных диагностических групп

Психиатрический диагноз	Способы суицида					
	Колото-резаные ранения конечностей (N=46)	Колото-резаные ранения головы, шеи, груди и живота (N=4)	Огнестрельные ранения (N=1)	Преднамеренное падение с высоты (N=4)	Странгуляционная асфиксия (N=1)	Самоотравление
Аффективные расстройства (F32, F43)	24 (39,34%)	3 (4,92%)	0	1 (1,64%)	1 (1,64%)	0
Шизофрения и другие острые психозы (F20 F21, F23)	0	1 (1,64%)	1 (1,64%)	0	0	0
Расстройства личности (F60, F60.2, F10.71, F19.7)	22 (36%)	0	0	3 (4,9%)	0	4 (6,56%)
Органические заболевания ЦНС (F06)	0	0	1 (1,64%)	0	0	0
Итого	46 (75,41%)	4 (6,56%)	2 (3,28%)	4 (6,56%)	1 (1,64%)	4 (6,55%)

Как видно из табл. 1, пациенты разделились на четыре группы, большинство имели диагнозы из класса аффективных расстройств — 29 человек (47,5%) и класса расстройств личности — 29 человек (47,5%), что составляет 95% от всей выборки. Лишь небольшая часть (5%) имели такие диагнозы, как шизофрения и другие острые психозы — 2 человека, и органические заболевания ЦНС — 1 человек.

Большинство пациентов наносили себе колото-резаные ранения конечностей (46 человек), что составляет 75,4% от общей выборки, при этом половина из них имели аффективные расстройства (24 человека), а вторая половина — расстройства личности (22 человека). Достаточно высокими

являются показатели употребления алкоголя в момент самоповреждения и госпитализации — 80% поступивших находились в алкогольном опьянении.

Самая высокая частота совершения суицидальных попыток отмечается у пациентов с аффективными (29 человек) и личностными расстройствами (29 человек), что обусловлено трудностями регуляции аффекта и их низкой способностью выносить душевную боль [17; 27; 40]. Превалирующими способами совершения суицидальной попытки являются колото-резаные ранения конечностей (46 человек), а именно нанесение самопорезов в области предплечий.

Таблица 2

Психопатологические расстройства у лиц с неоднократными суицидальными попытками и с первичной суицидальной попыткой

Психиатрический диагноз	Первичная суицидальная попытка (N=31)	Неоднократные суицидальные попытки (N=30)
Аффективные расстройства (F32, F43)	14 (45%)	15 (50%)
Шизофрения и другие острые психозы (F20, F21)	2 (6,5%)	0
Расстройства личности, всего:	14 (45%)	15 (50%)
эмоционально-неустойчивое расстройство личности (F60)	11 (35,5%)	9 (30%)
импульсивный тип (F60.30)	6 (19,4%)	5 (16,7%)
пограничный тип (F60.31)	5 (16,1%)	4 (12,9%)
диссоциальное расстройство личности (F60.2)	0	1 (3,3%)
расстройство личности и поведения в связи с употреблением алкоголя (F10.71)	1 (3,2%)	3 (10%)
расстройство личности и поведения в связи с употреблением психоактивных веществ (F19.7)	1 (3,2%)	2 (6,6%)
Органические заболевания ЦНС	1 (3,2%)	0

Из табл. 2 видно, что в обеих группах преобладают личностные (прежде всего пограничный и импульсивный типы) и аффективные расстройства, при которых отмечается дефицит адаптивных способов совладания со стрессом и тяжелыми жизненными ситуациями. Можно только отметить, что у группы с неоднократными попытками увеличивается число таких диагнозов, как расстройство личности в связи с употреблением ПАВ или алкоголя: 2 человека в группе с однократной попыткой и 5 в группе с повторными попытками. Сколько-нибудь существенной разницы между группами по представленности других диагностических категорий не отмечается.

Методики. Для оценки выраженности психопатологических симптомов в форме симптомов депрессии, общей и социальной тревожности, а также интенсивности чувства одиночества использовались:

1) Шкала депрессии (Beck, 1961; Тарабрина, 2001) — направлена на оценку выраженности симптомов депрессии [20];

2) Шкала тревоги (Beck, 1961; Тарабрина, 2001) — направлена на оценку выраженности симптомов тревоги [20];

3) Шкала социального избегания и дистресса — SADS (Watson, Friend, 1969; Клименкова, Холмогорова, 2017) — направлена на оценку выраженности социального избегания уровня социального дистресса [10];

4) Шкала страха негативной оценки — BFNE (Leary, 1983; Клименкова, Холмогорова, 2017) — направлена на оценку выраженности страха негативной оценки со стороны других людей [10];

5) Шкала одиночества (Russell, Pepla, Cutrona, 1980), проходящая апробацию на русскоязычной выборке — позволяет оценить выраженность субъективного ощущения одиночества и чувства социальной изоляции [46].

Для оценки выраженности черт гиперсензитивного нарциссизма, перфекционизма и пограничного расстройства личности (враждебности, зависимости, импульсивности) использовались:

1) Трехфакторный опросник перфекционизма (Гараян, Холмогорова, Юдеева, 2018), включающий шкалы — озабоченность оценками со стороны других при неблагоприятных сравнениях с ними; высокие стандарты и требования к себе; негативное селективное и фиксация на собственном несовершенстве. Первая шкала тестирует социально-предписываемый перфекционизм, вторая — Я-адресованный перфекционизм, третья — перфекционистский когнитивный стиль [7];

2) Шкала гиперсензитивного нарциссизма (Hendin, Cheek, 2013) — проходит апробацию на русскоязычной выборке, предназначена для оценки скрытого нарциссизма (гиперчувствительности, неуверенности, стыда и беспокойства) [6; 35];

3) Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности PVQ-BPD (Beck, 1990; Кони́на, Холмогорова, 2016) — предназначен для экспресс-диагностики пограничных черт и последующей работы с убеждениями, лежащими в их основе [11]. Включает три шкалы — недоверия, зависимости, защиты, каждая из которых измеряет определенные, устойчивые личностные черты. Выраженность этих черт связана с ростом интенсивности психопатологических проявлений [6].

Результаты исследования

При сравнении выраженности различных психопатологических симптомов в группах пациентов с одной и с неоднократными суицидальными

попытками не выявлено значимых различий ни по одному показателю. Отсутствие различий можно связать с недостаточным объемом выборки, а также с тем, что в период госпитализации после попытки суицида в остром кризисном состоянии находились пациенты обеих групп.

Ниже приводятся сравнения выраженности различных дезадаптивных личностных черт в группах (табл. 3). Видно, что выраженность большинства черт значительно нарастает при наличии суицидальных попыток в прошлом.

Таблица 3

Выраженность дезадаптивных личностных черт при первичной суицидальной попытке и неоднократных суицидальных попытках (критерий Манна—Уитни)

Методики	Шкалы	Среднее значение (стандартное отклонение)		p
		Суицид в прошлом		
		Да (n=30)	Нет (n=31)	
PBQ-BPD	Общий балл	25,41 (10,49)	19,73 (9,44)	0,036
	Недоверие	11,77 (4,4)	9 (4,33)	0,031
	Зависимость	4,94 (3,77)	5,07 (3,17)	0,826
	Защита	8,71 (4,15)	5,68 (3,63)	0,007
Трехфакторный опросник перфекционизма	Общий балл	42,4 (14,18)	37,48 (9,08)	0,070
	Озабоченность оценками	16,2 (5,88)	11,7 (5,49)	0,003
	Высокие стандарты	12,23 (4,99)	14,74 (3,45)	0,079
	Негативное селектирование, жизнь в режиме сравнения	13,2 (5,77)	11,0 (4,78)	0,066
Шкала гиперсензитивного нарциссизма	Нарциссизм	31,8 (7,32)	27,3 (4,94)	0,011

На первый план выходят значимые различия по опроснику дисфункциональных убеждений при ПРЛ по подшкалам недоверия и защиты. Трудности регуляции аффекта, склонность быть включенным в напряженные отношения, переживание мнимой или реальной угрозы отношений, ожидание предательства или отвержения, непорядочности со стороны близких людей (шкала «Недоверие») и склонность к импульсивному прерыванию отношений «на опережение» (шкала «Защита») больше выражены у пациентов с неоднократными суицидальными попытками.

Статистические значимые различия между группами отмечаются только по показателю озабоченности оценками, который в современной

типологии перфекционизма соответствует наиболее деструктивному типу — социально предписываемому перфекционизму. Имеется тенденция к значимым различиям по шкалам «Высокие стандарты» и «Негативное селектирование», причем показатели по шкале «Высокие стандарты» ниже у пациентов, совершивших неоднократные суицидальные попытки, а показатели по шкале «Негативное селектирование» повышаются в случае повторных суицидальных попыток. Это соответствует имеющимся данным о меньшей деструктивности Я-адресованного перфекционизма, которому соответствует шкала «Высокие стандарты деятельности». Я-адресованный перфекционизм включает в себя внутреннюю мотивацию быть совершенным и незрелое мышление по принципу «все или ничего» [38]. Социально предписанный перфекционизм, напротив, включает внешнюю мотивацию совершенства, т. е. убежденность, что другие люди ожидают от индивида совершенства и необходимость соответствия их ожиданиям. Только выполнение этих невозможных требований, по их мнению, может гарантировать принятие, любовь, чувство принадлежности группе и предупредить отвержение и заброшенность. В случае же невыполнения этих ожиданий, например, при совершении ошибок, промахов, затруднениях в деятельности запускаются переживания безнадежности и при беспомощности [7]. Таким образом, наиболее важным фактором перфекционизма, провоцирующим неоднократные аутоагрессивные действия, является социально предписанный перфекционизм, связанный с тревогой относительно ожиданий социума, чувством одиночества и риском развития депрессии.

Также выявлены значимые различия между группами по показателям гиперсензитивного нарциссизма: уровень нарциссизма выше у пациентов, совершивших неоднократные суицидальные попытки по сравнению с совершившими суицидальную попытку впервые. Лица с гиперсензитивным нарциссизмом в отличие от грандиозного типа склонны испытывать чувство вины и тревоги, неуверенности в себе, что блокирует потребность в самореализации и провоцирует аутоагрессивное поведение [47].

В табл. 4 представлены корреляционные связи между показателями психопатологической симптоматики и дезадаптивных личностных черт (гиперсензитивный нарциссизм, перфекционизм и черты ПРЛ).

Как видно из табл. 4, черты ПРЛ, а также показатели перфекционизма и нарциссизма коррелируют почти со всеми психопатологическими показателями, т. е. трудности в межличностном взаимодействии, ожидание предательства и ощущение постоянной готовности к разрыву отношений, уверенность в высоких ожиданиях со стороны окружающих при фиксации на собственном несовершенстве связаны с социальным дистрессом и избеганием, мнимым или реальным одиночеством и сим-

Таблица 4

Корреляционные связи между показателями психопатологических симптомов и дезадаптивных личностных черт у лиц с суицидальным поведением (n=61)

Шкалы	Шкала социального избегания и дистресса	Социальный дистресс	Социальное избегание	Страх негативной оценки	Шкала Депрессии Бека	Шкала Тревоги Бека	Шкала Одиночества
Общий балл перфекционизма	0,339**	0,398**	0,255*	0,305*	0,500**	0,255*	0,478**
Высокие стандарты	-0,163	-0,038	-0,219	0,136	-0,024	0,006	-0,141
Негативное селектирование	0,341**	0,367**	0,277*	0,245	0,529**	0,335**	0,483**
Озабоченность оценками	0,360**	0,353**	0,317*	0,204	0,471**	0,153	0,581**
Нарциссизм	0,396**	0,347**	0,362**	0,151	0,446**	0,207	0,549**
Общий балл ПРЛ	0,367**	0,365**	0,339**	0,117	0,534**	0,344**	0,593**
Недоверие	0,243	0,228	0,220	0,078	0,392**	0,198	0,422**
Зависимость	0,176	0,193	0,124	0,212	0,410**	0,298*	0,408**
Защита	0,421**	0,401**	0,424**	0,030	0,453**	0,294*	0,551**

Примечание: «*» — при $p < 0,01$ (критерий ранговых корреляций по Спирмена); «**» — при $p < 0,01$ (критерий ранговых корреляций по Спирмена).

птомами тревоги и депрессии. Исключение составляет шкала опросника перфекционизма «Высокие стандарты», что подтверждает данные многих авторов о меньшей деструктивности Я-адресованного перфекционизма по сравнению с социально предписанным.

Обсуждение результатов

В статье представлены результаты сравнения выраженности психопатологических симптомов, а также дезадаптивных личностных черт у лиц с однократной и неоднократными суицидальными попытками. Так как, по мнению многих авторов, первичная суицидальная попытка повышает риск неоднократных попыток в будущем, сравнение выраженности психопатологических симптомов и дезадаптивных личностных

черт у лиц с хроническим суицидальным поведением и первичной суицидальной попыткой очень важно как для психотерапевтической работы с данной категорией людей, так и для предотвращения повторных суицидальных попыток, снижения риска развития хронического суицидального поведения.

По данным нашего исследования, выраженность симптомов депрессии, общей и социальной тревожности у лиц с первичной и неоднократными суицидальными попытками не имеет значимых различий, что может быть связано с недостаточным количеством выборки, а также с тем, что в период госпитализации после попытки суицида в остром кризисном состоянии находились пациенты обеих групп.

Однако при сравнении выраженности дезадаптивных личностных черт у данных групп, мы видим, что черты ПРЛ, перфекционизма и гиперсензитивного нарциссизма нарастают по мере вовлечения в суицидальное поведение. Некоторые авторы также отмечают, что дезадаптивные личностные черты и ригидные когнитивные схемы под воздействием стресса могут выполнять функцию запуска аутоагрессивного поведения [8]. Нехватка навыков совладания со стрессом у данной категории пациентов приводит к дезадаптивным стратегиям совладания со сложными жизненными обстоятельствами и заостряет выраженность дезадаптивных личностных черт. Так, при работе с пациентами с ПРЛ известный специалист в области хронического суицидального поведения Марша Линехан отмечала важность приобретения этими пациентами навыков стрессоустойчивости, эмоциональной регуляции, межличностного взаимодействия, чтобы снизить риск повторных суицидальных попыток и самоповреждений, избежать все большей дезадаптации и ухудшения качества жизни в целом [13]. По данным нашего исследования, рост числа суицидальных попыток у пациентов сопровождается большей выраженностью таких дезадаптивных личностных черт, как трудности в регуляции аффекта, недоверие к социуму, ожидание предательства и отвержения, сочетающихся с чрезмерной чувствительностью к оценке окружающих, чувством неуверенности, тревоги, которые могут приводить к социальной фобии и депрессии и мешать потребности в самореализации и самосовершенствовании. Следовательно, очень важно начинать психотерапевтическую работу с данной группой пациентов как можно раньше, акцентируя внимание на вышеперечисленных дезадаптивных чертах личности.

Важно отметить, что единственным показателем в числе дезадаптивных личностных черт, который на уровне тенденции оказался выше в группе с однократными попытками, был показатель, отражающий собственные высокие стандарты деятельности или Я-адресованный перфекционизм. Этот факт требует специального анализа в свете научной

дискуссии о низком уровне дезадаптивности и даже относительной адаптивности этого аспекта перфекционизма. В качестве обоснования последнего утверждения приводится его противопоставление по критерию мотивации совершенства — при Я-адресованном перфекционизме она внутренняя, основанная на собственных высоких стандартах, в отличие от социально предписанного перфекционизма, при котором доминирует внешняя мотивация или потребность соответствовать высоким требованиям со стороны других людей.

Выводы

При сравнении выраженности симптомов депрессии, общей и социальной тревожности у пациентов с первичной суицидальной попыткой и хроническим суицидальным поведением не удалось выявить значимых различий, что может быть связано с недостаточным объемом выборки, а также высоким уровнем стресса у пациентов после попытки суицида при стационарировании в кризисное отделение.

При сравнении выраженности черт пограничного расстройства личности, перфекционизма и гиперсензитивного нарциссизма у лиц с хроническим суицидальным поведением в отличии от лиц, совершивших суицидальную попытку впервые, выявлено:

— увеличение показателей опросника ПРЛ по подшкалам недоверия и защиты (т. е. неоднократные суицидальные попытки происходят на фоне выраженной эмоциональной дисрегуляции, «шумных», неустойчивых межличностных отношений, трудностей во взаимодействии с социумом, что приводит к суициду как неадекватному способу совладания с трудными жизненными ситуациями);

— увеличение показателей шкалы перфекционизма «Озабоченность оценками со стороны других людей» (выраженное стремление соответствовать мнимым или реальным требованиям социума, что в случае реальной или мнимой неудачи может приводить к выраженному чувству беспомощности, заброшенности и социальной изоляции);

— рост показателей гиперсензитивного нарциссизма (повышенная чувствительности к оценке со стороны других и, как следствие, склонность к социальной изоляции, негативной аффективности, суицидальным мыслям и попыткам).

При рассмотрении связи между дезадаптивными личностными чертами и выраженностью психопатологической симптоматики у лиц с первичными и неоднократными суицидальными попытками были выявлены многочисленные связи. Единственной личностной чертой, показатели которой не дали никаких значимых корреляций с психопато-

логической симптоматикой, оказался Я-адресованный перфекционизм, что свидетельствует о его наименьшей деструктивности по сравнению с другими дезадаптивными личностными чертами.

Таким образом, можно сделать вывод о необходимости как можно раньше начинать психотерапевтическую и психокоррекционную работу с лицами, совершившими суицидальные попытки, так как повторные аутоагрессивные действия связаны с нарастающим выражением дезадаптивных личностных черт. Особое внимание в психотерапевтической работе с данной категорией пациентов необходимо уделять трудностям в регуляции аффекта, отсутствию навыков совладания со стрессом, неустойчивости самооценки и чувства связи с социумом, повышенной чувствительности к критике, страху быть брошенным и не оправдать мнимые или реальные требования значимых близких.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности: пер. с англ. СПб.: Питер, 2017. 279 с.
2. Бейтман Э.У., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию: практическое пособие: пер. с англ. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2014. 248 с.
3. Ворсина О.П., Симуткин Г.Г. Суицидальное поведение населения Иркутской области. Томск: Иван Федоров, 2012. 330 с.
4. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 18—48.
5. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б. Очарование нарциссизма // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 2. С. 102—112.
6. Гараян Н.Г. Апробация методики диагностики нарциссических черт личности на выборке студентов российских вузов // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 4. С. 8—32. doi:10.17759/cpp.2016240402
7. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Факторная структура и психометрические показатели опросника перфекционизма: разработка трехфакторной версии // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 8—32. doi: 10.17759/cpp.2018260302
8. Ерезин А.И., Семенова Т.С., Анохин Е.Ю. Черты личности и ранние дезадаптивные схемы как предикторы суицидального риска у подростков-гомосексуалов // Суицидология. 2017. Т. 8. № 4. С. 81—90.
9. Карелин Д.О. Тревожность как личностный фактор суицидального риска у студентов вуза [Электронный ресурс] // Вестник новых медицинских технологий: электронный журнал. 2018. № 4. URL: <http://vnmt.ru/Bulletin/E2018-4/1-3.pdf> (дата обращения: 1.12.2019).
10. Клименкова Е.Н., Холмогорова А.Б. Валидизация методик диагностики социальной тревожности на российской подростковой выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 1. С. 28—39. doi:10.17759/cpp.2017250103

11. Кони́на М.А., Холмогорова А.Б. Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD): адаптация для русскоязычной выборки // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 126—143. doi:10.17759/cpp.2016240308
12. Красно́ва В.В., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность и студенческая дезадаптация [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2011. Т. 3. № 1. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n1/39944.shtml (дата обращения: 01.12.2019).
13. Лайне́н М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности: пер. с англ. М.: Вильямс, 2008. 590 с.
14. Лапицкий М.А., Ваулин С.В., Войцех В.Ф., и др. Суицидальные отравления. Эпидемиологические и клинико-токсикологические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2004. № 1. С. 28—33.
15. Ласовская Т.Ю. Самоповреждающее поведение при пограничном личностном расстройстве // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 38—47.
16. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: Изд-во ФГУ ГНЦ ССП имени Сербского, 2010. 232 с.
17. Польская Н.А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 2. С. 140—152.
18. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 4. С. 176—190. doi:10.17759/cpp.2015230411
19. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия: учебник. М.: Когито-центр, 2005. 376 с.
20. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 268 с.
21. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Нарциссизм, перфекционизм и депрессия // Московский психотерапевтический журнал. 2004. № 1. С. 18—35.
22. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Горшкова Д.А., и др. Суицидальное поведение в студенческой популяции // Культурно-историческая психология. 2009. № 3. С. 101—110.
23. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Евдокимова Я.Г., и др. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов // Вопросы психологии. 2009. № 3. С. 16—26.
24. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2013. № 2. URL: http://www.medpsy.ru/mptrj/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer16.php (дата обращения: 18.01.2020).
25. Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 144—163. doi:10.17759/cpp.2016240309

26. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение). Смоленск: СГМА, 2012. 256 с.
27. Черная М.И., Холмогорова А.Б., Зубарева О.В., и др. Клинические и социально-психологические характеристики пациентов с суицидальными попытками // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 69—88. doi:10.17759/cpp.20162403005
28. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Магурдумова Л.Г. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения // Суицидология. 2013. Т. 4. № 3. С. 26—36.
29. Ясная В.А., Ениколопов С.Н. Современные модели перфекционизма [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2013. Т. 6. № 29. С. 1. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 16.04.2019).
30. Arble E.P. Evaluating the psychometric properties of the hypersensitive narcissism scale: Implications for the distinction of covert and overt narcissism [Электронный ресурс] // Master's Theses and Doctoral Dissertations. 2008. 236 p. URL: <https://commons.emich.edu/theses/236/> (дата обращения: 10.12.2019).
31. Blatt S.J., Zuroff D.C. Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression // Clinical Psychology Review. 1992. Vol. 12 (5). P. 527—562. doi:10.1016/0272-7358(92)90070-0
32. Blatt S.J. The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression // American Psychologist. 1996. Vol. 50 (12). P. 1003—1020. doi:10.1037//0003-066x.50.12.1003
33. Egan S.J., Wade T.D., Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review // Clinical Psychology Review. 2011. Vol. 31 (2). P. 203—212. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.009
34. Flett G., Hewitt P., Nepon T., et al. Perfectionism cognition theory: The cognitive side of perfectionism // The Psychology of Perfectionism: Theory, Research, Applications / J. Stoeber (ed.). Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, 2018. P. 101—123.
35. Hendin H.M., Cheek J.M. Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcissism Scale // Journal of Research in Personality. 1997. Vol. 31. P. 588—599. doi:10.1006/jrpe.1997.2204
36. Hewitt P., Flett G. Perfectionism and depression: a multidimensional analysis // Journal of Social Behavior & Personality. 1990. Vol. 5. P. 423—438.
37. Hewitt P., Flett G. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology // Journal of Personality and Social Psychology. 1991. Vol. 60 (3). P. 456—470. doi:10.1037//0022-3514.60.3.456
38. Hewitt P., Newton J., Flett G., et al. Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients // Journal of Abnormal Child Psychology. 1997. Vol. 25 (2). P. 95—101.
39. Kohut H. Narcissism and narcissistic rage // The Psychoanalytic Study of the Child. 1972. Vol. 27. P. 360—400.
40. Linehan M.M., Armstrong H.E., Suarez A., et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients // Archives of General Psychiatry. 1991. Vol. 48 (12). P. 1060—1064. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810360024003

41. *Linehan M.M., Rizvi S.L., Welch S.S., et al.* Psychiatric aspects of suicidal behavior: Personality disorders // *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* / K. Hawton, K. van Heeringen (eds.). Chichester, UK: Wiley, 2000. P. 147—178.
42. *Pincus A., Lukowitsky M.* Pathological narcissism and narcissistic personality disorder // *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010. Vol. 6. P. 421—446. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215
43. *Pincus A., Roche M.* Narcissistic Grandiosity and narcissistic vulnerability // *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder* / W. Campbell, J. Miller (eds.). Hoboken, NJ: Wiley, 2011. P. 31—40. doi:10.1002/9781118093108.ch4
44. *Rahman A., Bairagi A., Kumar B.D., et al.* Loneliness and depression in university students // *The Chittagong University Journal of Biological Science*. 2012. Vol. 7 (1—2). P. 175—189.
45. *Roxborough H.M., Hewitt P.L., Kaldas J., et al.* Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: A test of the perfectionism social disconnection model // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012. Vol. 42 (2). P. 217—233. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.00084.x
46. *Russell, D., Peplau L.A., Cutrona C.E.* The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1980. Vol. 39 (3). P. 472—480. doi:10.1037/0022-3514.39.3.472
47. *Smith M.M., Sherry B.S., Chen S., et al.* The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship // *Journal of Personality*. 2018. Vol. 86 (3). P. 522—542. doi:10.1111/jopy.12333
48. *Soloff P.H., Lynch K.G., Kelly T.M., et al.* Characteristics of suicide attempts with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study // *American Journal of Psychiatry*. 2000. Vol. 157 (4). P. 601—608. doi:10.1176/appi.ajp.157.4.601
49. *Stanley B., Jones J.* Risk for suicide behavior in personality disorders // *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A Global perspective* / D. Wasserman, C. Wasserman (eds.). New York: Oxford University Press, 2009. P. 287—292.

REFERENCES

1. Beck A., Freeman A. Когнитивная психотерапия расстройств личности [Cognitive therapy of personality disorders]. Saint Petersburg: Piter, 2017. 279 p. (In Russ.).
2. Bateman A.W., Fonagy P. Lechenie pograničnogo rasstrojstva lichnosti s oporoj na mentalizatsiju: praktičeskoe posobie [Mentalization based treatment for personality disorders: a practical guide]. Moscow: Institut obščhegumanitarnykh issledovanij, 2014. 248 p. (In Russ.).
3. Vorskina O.P., Simutkin G.G. Suicidal'noe povedenie naselenija Irkutskoi oblasti [Suicidal behavior in the population of Irkutsk region]. Tomsk: Ivan Fedorov, 2012. 330 p.
4. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Perfektsionizm, depressiya i trevoga [Perfectionism, depression and anxiety]. *Moskovskij psikhoterapevtičeskij žurnal* [Moscow Psychotherapeutic Journal], 2001, no. 4, pp. 18—48.

5. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B. Ocharovanie nartsissizma [Charm of narcissism]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal [Moscow Psychotherapeutic Journal]*, 2002, no. 2, pp. 102—112.
6. Garanyan N.G. Aprobatsiya metodiki diagnostiki nartsissicheskikh chert lichnosti na vyborke studentov rossiiskikh vuzov [Testing the methods of diagnosis of narcissistic personality traits on a sample of students of Russian universities]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24 (4), pp. 8—32. doi:10.17759/cpp.2016240402. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Faktornaya struktura i psikhometricheskie pokazateli oprosnika perfektsionizma: razrabotka trekhfaktornoj versii [Factor Structure and Psychometric Properties of Perfectionism Inventory: Developing 3-Factor Version]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2018. Vol. 26 (3), pp. 8—32. doi:10.17759/cpp.2018260302. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Erezin A.I., Semenova T.S., Anokhin E.Yu. Cherty lichnosti i rannie dezadaptivnye skhemy kak prediktory suitsidal'nogo riska u podrostkov-gomoseksualov [Personality traits and early maladaptive schemas as predictors of suicidal risk in adolescents homosexuals]. *Suitsidologiya [Suicidology]*, 2017. Vol. 8 (4), pp. 81—90.
9. Karelin D.O. Trevozhnost' kak lichnostnyi faktor suitsidal'nogo riska u studentov VUZA [Anxiety as a personal factor of suicidal risk in students of the higher education] [Elektronnyi resurs]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii: elektronnyi zhurnal [Journal of New Medical Technologies, E-edition]*, 2018, no. 4. Available at: <http://vnm.ru/Bulletin/E2018-4/1-3.pdf> (Accessed 1.12.2019).
10. Klimenkova E.N., Kholmogorova A.B. Validizatsiya metodik diagnostiki sotsial'noi trevozhnosti na rossiiskoi podrostkovoi vyborke [Validation Of Methods Of Diagnosis Of Social Anxiety On The Russian Adolescents]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2017. Vol. 25 (1), pp. 28—39. doi:10.17759/cpp.2017250103. (In Russ., abstr. in Engl.).
11. Konina M.A., Kholmogorova A.B. Oprosnik disfunktsional'nykh ubezhdenii pri pogranchnom rasstroistve lichnosti (PBQ-BPD): adaptatsiya dlya russkoyazychnoi vyborki [The Personality Beliefs Questionnaire in borderline personality disorder (PBQ-BPD): adaptation for Russian-speaking selection]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24 (3), pp. 126—143. doi:10.17759/cpp.2016240308. (In Russ., abstr. in Engl.).
12. Krasnova V.V., Kholmogrova A.B. Sotsial'naya trevozhnost' i studencheskaya dezadaptatsiya [Social anxiety and student disadaptation] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru [Psychological Science and Education psyedu.ru]*, 2011. Vol. 3 (1). Available at: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n1/39944.shtml (Accessed 01.12.2019). (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Linehan M. Kognitivno-povedencheskaya terapiya pogranchnogo rasstroistva lichnosti [Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder]. Moscow: Vil'yams, 2008. 590 p. (In Russ.).
14. Lapitskii M.A., Vaulin C.B., Voitsekh V.F., et al. Suitsidal'nye otravleniya. Epidemiologicheskie i kliniko-toksikologicheskie aspekty [Suicidal poisoning. Epidemiological, clinical and toxicological aspects]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya [Social and Clinical Psychiatry]*, 2004, no. 1, pp. 28—33.

15. Lasovskaya T.Yu. Samopovrezhdayushchee povedenie pri pogranichnom lichnostnom rasstroistve [Self-injurious behavior in borderline personality disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2014. Vol. 22 (2), pp. 38—47. (In Russ., abstr. in Engl.).
16. Polozhii B.S. Suitsidal'noe povedenie (kliniko-epidemiologicheskie i etnokul'tural'nye aspekty) [Suicidal behavior (clinical, epidemiological and ethno-cultural aspects)]. Moscow: FGU GNTs SSP imeni Serbskogo Publ., 2010. 232 p.
17. Polskaya N.A. Prichiny samopovrezhdeniya v yunosheskom vozraste (na osnove shkaly samootcheta) [The reasons of self-injurious behavior in youth (based on a self-report scale)]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2014. Vol. 22 (2), pp. 140—152. (In Russ., abstr. in Engl.).
18. Polskaya N.A., Vlasova N.V. Autodestruktivnoe povedenie v podrostkovom i yunosheskom vozraste [Self-destructive behavior in adolescence and youth]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2015. Vol. 23 (4), pp. 176—190. doi:10.17759/cpp.2015230411. (In Russ., abstr. in Engl.).
19. Starshenbaum G.V. Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya: uchebnik [Suicidology and crisis psychotherapy: A handbook]. Moscow: Kogito-tsentr, 2005. 376 p.
20. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 268 p.
21. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Nartsissizm, perfektsionizm i depressiya [Narcissism, perfectionism and depression]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal [Moscow Psychotherapeutic Journal]*, 2004, no. 1, pp. 18—35.
22. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Gorshkova D.A., et al. Suitsidal'noe povedenie v studencheskoi populyatsii [Suicidal behavior in a student population]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2009, no. 3, pp. 101—110. (In Russ., Abstr. in Engl.).
23. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Evdokimova Ya.G., et al. Psikhologicheskie faktory emotsional'noi deadaptatsii u studentov [Personal Factors of Students' Emotional Disadaptation]. *Voprosy Psikhologii*, 2009, no. 3, pp. 16—26.
24. Kholmogorova A.B. Kognitivnaya psikhoterapiya suitsidal'nogo povedeniya: istoriya razrabotki, sovremennoe sostoyanie, perspektivy razvitiya [Cognitive psychotherapy of suicidal behavior: history of development, current state, development prospects] [Elektronnyi resurs]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii [Medical Psychology in Russia]*, 2013, no. 2. Available at: http://www.medpsy.ru/mptrj/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer16.php (Accessed 18.01.2020).
25. Kholmogorova A.B. Suitsidal'noe povedenie: teoreticheskaya model' i praktika pomoshchi v kognitivno-bikheviornoi terapii [Suicidal Behavior: Theoretical Model and Practical Implications in Cognitive-Behavioral Therapy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24 (3), pp. 144—163. doi:10.17759/cpp.20162403009. (In Russ., abstr. in Engl.).
26. Tsygankov B.D., Vaulin S.V. Suitsidy i suitsidal'nye popytki (klinika, diagnostika, lechenie) [Suicides and suicidal attempts (clinic, diagnostics, treatment)]. Smolensk: SGMA, 2012. 256 p.

27. Chernaya M.I., Kholmogorova A.B., Zubareva O.V., et al. Klinicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie kharakteristiki patsientov s suitsidal'nymi popytkami [Clinical and socio-psychological characteristics of patients with suicidal attempts]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24 (3), pp. 69—88. doi:10.17759/cpp.2016240305. (In Russ., abstr. in Engl.).
28. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N., Magurdumova L.G. Mediko-psikhologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie kontseptsii suitsidal'nogo povedeniya [Medical and socio-psychological approaches to suicidal behavior]. *Suitsidologiya* [Suicidology], 2013. Vol. 4 (3), pp. 26—36.
29. Yasnaya V.A., Enikolopov S.N. Sovremennyye modeli perfektsionizma [Contemporary models of perfectionism] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies], 2013. Vol. 6 (29), p. 1. Available at: <http://psystudy.ru> (Accessed 16.04.2019).
30. Arble E.P. Evaluating the psychometric properties of the hypersensitive narcissism scale: Implications for the distinction of covert and overt narcissism [Elektronnyi resurs]. *Master's Theses and Doctoral Dissertations*, 2008. 236 p. Available at: <https://commons.emich.edu/theses/236/> (Accessed 10.12.2019).
31. Blatt S.J., Zuroff D.C. Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 1992. Vol. 12 (5), pp. 527—562. doi:10.1016/0272-7358(92)90070-O
32. Blatt S.J. The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 1996. Vol. 50 (12), pp. 1003—1020. doi:10.1037//0003-066x.50.12.1003
33. Egan S.J., Wade T.D., Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 2011. Vol. 31 (2), pp. 203—212. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.009
34. Flett G., Hewitt P., Nepon T., et al. Perfectionism cognition theory: The cognitive side of perfectionism. In Stoeber J. (ed.). *The Psychology of Perfectionism: Theory, Research, Applications*. Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge, 2018, pp. 101—123.
35. Hendin H.M., Cheek J.M. Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcissism Scale. *Journal of Research in Personality*, 1997. Vol. 31, pp. 588—599. doi:10.1006/jrpe.1997.2204
36. Hewitt P., Flett G. Perfectionism and depression: a multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior & Personality*, 1990. Vol. 5, pp. 423—438.
37. Hewitt P., Flett G. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991. Vol. 60 (3), pp. 456—470. doi:10.1037//0022-3514.60.3.456
38. Hewitt P., Newton J., Flett G., et al. Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1997. Vol. 25 (2), pp. 95—101.
39. Kohut H. Narcissism and narcissistic rage. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1972. Vol. 27, pp. 360—400.
40. Linehan M.M., Armstrong H.E., Suarez A., et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 1991. Vol. 48 (12), pp. 1060—1064. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810360024003

41. Linehan M.M., Rizvi S.L., Welch S.S., et al. Psychiatric aspects of suicidal behavior: Personality disorders. In Hawton K., van Heeringen K. (eds.). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester, UK: Wiley, 2000, pp. 147—178.
42. Pincus A., Lukowsky M. Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2010. Vol. 6, pp. 421—446. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215
43. Pincus A., Roche M. Narcissistic Grandiosity and narcissistic vulnerability. In Campbell W., Miller J. (eds.). *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder*. Hoboken, NJ: Wiley, 2011, pp. 31—40. doi:10.1002/9781118093108.ch4
44. Rahman A., Bairagi A., Kumar B.D., et al. Loneliness and depression in university students. *The Chittagong University Journal of Biological Science*, 2012. Vol. 7 (1—2), pp. 175—189.
45. Roxborough H.M., Hewitt P.L., Kaldas J., et al. Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: A test of the perfectionism social disconnection model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2012. Vol. 42 (2), pp. 217—233. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.00084.x
46. Russell, D., Peplau L.A., Cutrona C.E. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1980. Vol. 39 (3), pp. 472—480. doi:10.1037/0022-3514.39.3.472
47. Smith M.M., Sherry B.S., Chen S., et al. The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship. *Journal of Personality*, 2018. Vol. 86 (3), pp. 522—542. doi:10.1111/jopy.12333
48. Soloff P.H., Lynch K.G., Kelly T.M., et al. Characteristics of suicide attempts with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 2000. Vol. 157 (4), pp. 601—608. doi:10.1176/appi.ajp.157.4.601
49. Stanley B., Jones J. Risk for suicide behavior in personality disorders. In Wasserman D., Wasserman C. (eds.). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A Global perspective*. New York: Oxford University Press, 2009, pp. 287—292.

Информация об авторах

Холмогорова Алла Борисовна, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); ведущий научный сотрудник, ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova@yandex.ru

Суботич Мария Игоревна, медицинский психолог, ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>, e-mail: chernaya_masha@mail.ru

Корх Мария Петровна, студентка кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5366-8344>, e-mail: maria.ya.korkh@gmail.com

Рахманина Анастасия Алексеевна, медицинский психолог, ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: rakhmanina.a@mail.ru

Быкова Мария Сергеевна, врач-психиатр, ГБУЗ «НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0023-2202>, e-mail: marbykova@list.ru

Information about the authors

Kholmogorova Alla Borisovna, Doctor of Psychology, Professor, Dean of the Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education; Leading Researcher, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5194-0199>, e-mail: kholmogorova@yandex.ru

Subotich Mariya Igorevna, Medical Psychologist, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5138-3107>, e-mail: chernaya_masha@mail.ru

Korkh Mariya Petrovna, Student, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Faculty of Consultative and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5366-8344>, e-mail: mariya.korkh@gmail.com

Rakhmanina Anastasiya Alekseevna, Medical Psychologist, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7870-402X>, e-mail: rakhmanina.a@mail.ru

Bykova Mariya Sergeevna, Psychiatrist, Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0023-2202>, e-mail: marbykova@list.ru

Получена 15.08.2019

Received 15.08.2019

Принята в печать 29.01.2020

Accepted 29.01.2020

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
EMPIRICAL STUDIES

ЭТИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ РОССИЙСКИХ ПСИХОЛОГОВ- КОНСУЛЬТАНТОВ: ОБЛАСТЬ РАЗНОГЛАСИЙ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ КОНФЛИКТОВ

Н.Г. ГАРАНЯН

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1227-2682>,
e-mail: garanian@mail.ru

Ю.В. ЗАХАРОВА

Частная практика, г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8517-8366>,
e-mail: mail@zakharova.info

М.Г. СОРОКОВА

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1000-6487>,
e-mail: sorokovamg@mgppu.ru

Исследование направлено на оценку этических убеждений отечественных психологов-консультантов. В анонимном онлайн опросе 217 психологов-консультантов и психотерапевтов заполнили анкету и «Опросник установок и убеждений по этическим вопросам» (Herlihy, Corey, 2014). Пункты опросника были рассортированы на «этические бесспорные» (ЭБС) и «этически спорные» (ЭС), для чего привлекались четверо психологов с углубленными знаниями по этике консультирования. Выявлено, что пятая часть респондентов практику-

ют, не имея высшего психологического образования, а 40% опрошенных не прошли углубленную подготовку в каком-либо психотерапевтическом подходе. Установлена низкая степень согласованности этических убеждений российских психологов-консультантов. Коэффициент Коэна для оценок экспертов был равен 0,512. 44,7% респондентов выражают согласие с убеждениями, отнесенными экспертами к ЭБС; 45,6% опрошенных придерживаются хотя бы нескольких ЭС убеждений в психологическом консультировании. Пунктами наибольшего разногласия между респондентами является допустимость двойственных отношений с клиентом, необходимость проводить отборочное интервью с потенциальными участниками групп, требование практиковать в строгом соответствии с полученным образованием, поиск неформального урегулирования как мера первого выбора в ситуациях этических нарушений (одновыборочный критерий χ^2). Результаты позволяют прогнозировать в среде российских психологов-консультантов значительные разногласия и трудности в принятии коллегиальных решений по вопросам этики.

Ключевые слова: этические убеждения, российские психологи-консультанты, экспертная оценка, рассогласованность.

Благодарности: Авторы выражают благодарность кандидату технических наук, доценту Департамента анализа данных и искусственного интеллекта ФКН НИУ ВШЭ Е.Л. Артемовой за помощь в проверке архива Московского психотерапевтического журнала методами компьютерной лингвистики.

Для цитаты: *Гаранян Н.Г., Захарова Ю.В., Сорокова М.Г.* Этические установки российских психологов-консультантов: область разногласий и потенциальных конфликтов // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 87—112. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280106>

ETHICAL ATTITUDES OF RUSSIAN COUNSELING PSYCHOLOGISTS: FIELD OF DISAGREEMENT AND POTENTIAL CONFLICTS

NATALIA G. GARANYAN

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1227-2682>,

e-mail: garanian@mail.ru

YULIYA V. ZAKHAROVA

Private practice, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8517-8366>,

e-mail: mail@zakharova.info

MARINA G. SOROKOVA

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
<http://orcid.org/0000-0002-1000-6487>,
e-mail: sorokovamg@mgppu.ru

The study is aimed at the identification of ethical beliefs in the group of Russian counseling psychologists. As a part of the anonymous online survey 217 counseling psychologists and psychotherapists completed the Inventory of Attitudes and Beliefs about Ethical Issues (Herlihy, Corey, 2014). Four experts (psychologists with advanced knowledge on counseling ethics) sorted out the inventory's items into the categories of ethically indisputable (EID) and ethically disputable (ED). The findings indicate that about a fifth of the respondents are practicing without a degree in psychology, and 40% didn't get psychotherapeutic approach-specific training. Low consistency in the ethical beliefs of Russian counseling psychologists has been demonstrated. Kohen's kappa as a measure of inter-rater reliability among four experts was 0.512; this score is significantly lower than recommended. 44.7% of the respondents agreed with beliefs the experts attributed to EID, and 45.6% agreed with at least several ED beliefs about psychological counseling. Points of maximal disagreement between research participants were the possibility of dual relationships with clients, the obligation to conduct screening for potential counseling group members, the requirement to practice strictly within the scope of one's license, and seeking for informal resolution in the case of a violation of an ethical standard by another counselor. Research findings are predictive of significant discrepancies in the ethical beliefs of Russian counselors and difficulties in collegial decision-making on ethical issues.

Keywords: ethical beliefs, Russian counseling psychologists, expert assessment, discrepancies.

Acknowledgements: The authors express their gratitude to Artemova E.L., Ph.D. (Technical Sciences), Associate Professor, School of Data Analysis and Artificial Intelligence, Higher School of Economics, for her help in checking the Moscow Psychotherapeutic Journal archive using computational linguistics methods.

For citation: Garanian N.G., Zakharova Yu.V., Sorokova M.G. Ethical Attitudes of Russian Counseling Psychologists: Field of Disagreement and Potential Conflicts. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 87—112. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280106>. (In Russ., abstr. in Engl.)

В отечественных публикациях последних лет зафиксирован парадокс: с одной стороны, авторы отмечают бурное и в целом успешное развитие в России психологического консультирования с появлением за последние 20—30 лет собственных авторитетных фигур, профессиональных журналов, ассоциаций и учебных институтов; с другой стороны, они указывают на неравномерность этого процесса, в котором до

сих пор отсутствуют социальные институты, регулирующие правовую и этическую сторону деятельности отечественных профессионалов [1; 6; 8; 10; 13]. Большинство специалистов, рефлекслирующих над состоянием консультативной психологии в России, отмечают острый дефицит литературы и учебных программ по этическим аспектам профессии. Так, журнал «Консультативная психология и психотерапия» (в прошлом — «Московский психотерапевтический журнал») существует 27 лет. Мы провели проверку электронного архива этого издания с помощью аппарата регулярных выражений языка Python 3.7. В архиве, содержащем на момент проверки 1328 статей, были выделены четырнадцать публикаций, аннотации которых содержали слова, однокоренные со словом «этика» и начинающиеся на «этик/этич», и три публикации, где заголовки содержали слова такого рода. Обращение к их содержанию показало, что непосредственно этике консультирования была посвящена лишь одна из них — статья И.В. Дианковой «Некоторые этические проблемы в современной американской психотерапии и психологическом консультировании» [7]. Статья У. Фрокмортоната затрагивала этические аспекты частной проблемы — консультирования в связи с попытками изменить сексуальную ориентацию [14]; наконец, недавно опубликованная статья М.А. Гулиной касалась этических нюансов в подготовке психологов-консультантов в Великобритании [5]. Характерно, что эти малочисленные публикации освещают сложившуюся за рубежом практику консультирования и обучения. Статьи, отражающие внедрение этических принципов в деятельность отечественных психологов, в архиве журнала не содержатся.

Безусловно, причины такого состояния дел требуют специального научного анализа. В поисках объяснений специалисты высказывают ряд системных гипотез: «Правовой нигилизм, игнорирование западных этических профессиональных стандартов как неприемлемых в наших условиях — российская норма и исходный пункт для продвижения вперед, к более цивилизованным отношениям» [6, с. 98].

Участившиеся случаи публичных скандалов на почве сомнительных действий психологов [2; 4; 9] отчетливо показывают — сообщество российских консультантов стоит перед важной задачей по внедрению этического кодекса, способного формировать действенные отношения между профессионалами и обществом, в котором разворачивается их практика. Как указывают зарубежные эксперты, решение этой задачи требует «... постоянного и частого появления этических вопросов в исследовательской литературе помогающей профессии... Две основные области профессиональной этики выступают мишенями таких исследований: а) определение этических принципов/правил и оценка действенности этических кодексов; б) оценка эффективности обучающих этике про-

грамм и развитие этического мышления у студентов» [20, с. 1]. Реализуя эти установки, Региональная общественная организация «Общество когнитивных психотерапевтов и консультантов» (председатель — доктор психологических наук, профессор А.Б. Холмогорова), члены которой стремятся поддерживать высокие стандарты в оказании психологической помощи, инициировало пилотажное исследование, нацеленное на анализ сложившейся практики. В фокус исследовательского интереса вошли следующие вопросы:

— Какими этическими убеждениями руководствуются отечественные консультанты в условиях, когда общепринятый кодекс отсутствует и дефицит специальной литературы очевиден?

— Насколько велики разногласия в этических представлениях российских психологов-консультантов?

— Какие профессиональные действия они относят к этически допустимым? Какие профессиональные действия рассматривают как неэтичные?

— Каковы характеристики российских психологов-консультантов, допускающих этически спорные действия?

Предполагается, что обнаружение слабых мест в позициях отечественных специалистов стимулирует компенсаторные меры, в частности, внедрение учебных программ, предупреждающих этические нарушения.

Настоящая статья отражает первый этап пилотажного исследования, нацеленный на оценку этических убеждений отечественных психологов-консультантов. Авторы зарубежных обучающих программ придадут огромное значение формированию этического мышления у будущих профессионалов и фиксируют сложность этой задачи [19]. Например, турецкие коллеги сетуют на глубокие различия между традиционными убеждениями и системой установок в современном консультировании [21]. Однако основные трудности связаны не столько с культуральными конфликтами, сколько со значительностью необходимых преобразований в сознании будущего психолога-консультанта. Развитие этического мышления, в частности, способности к принятию этически верных решений, не сводимо к заучиванию правил и умению применять стандарты. Речь идет об интернализации установок, в ходе которой этические правила перестают восприниматься как внешние, навязываемые сторонней репрессивной силой, и становятся осознанными внутренними ограничениями [18]. Наконец, еще одна сложность сокрыта в необходимости поддерживать известный баланс: допуская неизбежность разногласий по этическим вопросам даже в тех профессиональных сообществах, где этот тип мышления хорошо сформирован, этические кодексы предполагают способность к достижению консенсуса и коллегиальных решений [17; 23].

Метод

Выборка. В анонимном онлайн опросе приняли участие 217 психологов-консультантов и психотерапевтов — 189 женщин (87%) и 28 мужчин (13%). 82 респондента находились в возрасте от 20 до 35 лет (37,8%). 115 респондентов на момент обследования находились в возрастном диапазоне от 36 до 50 лет (53%), возраст еще 20 участников превышал 50 лет (9,2%). Большая часть респондентов имели значительный стаж консультативной практики.

Психотерапевтические направления были представлены следующим образом: в психодинамическом подходе практикуют 35 респондентов (16,1%); в КБТ — 57 (26,3%); в системной семейной психотерапии — 54 (24,9%); в экспириентальном подходе (клиент-центрированной терапии, психодраме, гештальт-терапии) — 71 (32,7%).

Анализ профессиональной подготовки респондентов показал, что 46 респондентов практикуют в сфере психологического консультирования и психотерапии, не имея профильного (психологического или медицинского) высшего образования (21,2%). Так, 28 консультантов (12,9%) получили высшее образование в сфере гуманитарных (филология, философия, юриспруденция, педагогика) или технических наук. 18 респондентов (8,3%) осуществляют психологическое консультирование, не имея какого-либо высшего образования и пройдя курсы профессиональной переподготовки по психологии (8,3%). Высшее психологическое образование имеют 145 респондентов (66,8%); высшее медицинское образование имеют 27 респондентов (12,4%).

На вопрос о послевузовской профессиональной подготовке 87 опрошенных психологов-консультантов (40,1%) сообщили, что не проходили профессиональной послевузовской подготовки в каком-либо из направлений психотерапии (табл. 1). Количество таких респондентов, практикующих в разных подходах, варьирует от 31,5 до 49,1%. Максимальное число лиц, практикующих без специального послевузовского обучения, зафиксировано среди психологов-консультантов, отождествляющих себя с когнитивно-бихевиоральным подходом (почти половина опрошенных — 49,1%). В целом, по данным пилотажного исследования, послевузовскую профессиональную подготовку в каком-либо направлении психотерапии прошли менее половины опрошенных. Самый высокий показатель такого рода зафиксирован среди консультантов, практикующих в системном семейном подходе (42,6%).

Пункты с вопросами о прохождении супервизий вызвали настороженность со стороны респондентов — именно на этом этапе 24 человека завершили онлайн-опрос. Было выявлено, что большинство опро-

шенных психологов-консультантов регулярно посещают супервизии (табл. 2). Наибольшее число посещающих супервизии (с частотой не реже 1 раза в месяц) зафиксировано среди специалистов, практикующих в психодинамическом подходе (92,1%). В этой подгруппе респондентов не оказалось тех, кто совсем не участвует в супервизиях. Наименьшее (хотя и достаточно высокое само по себе) число лиц, посещающих супервизии с частотой не реже 1 раза в месяц, установлено среди специалистов в когнитивно-бихевиоральной терапии — 63,5%; среди них также зафиксировано максимальное число лиц, не участвующих в супервизиях — 15,3%.

Таблица 1

Показатели прохождения послевузовской профессиональной подготовки по психотерапии в обследованной выборке психологов-консультантов

Направления психотерапии	Не проходили послевузовскую профессиональную подготовку по психотерапии (%)	Проходили послевузовскую профессиональную подготовку по психотерапии* (%)
Психодинамический подход	42,9	37,1
Когнитивно-бихевиоральный подход	49,1	36,8
Системный семейный подход	31,5	42,6
Экспириентальный подход	42,6	35,3

Примечание: «*» — небольшое количество респондентов проходили повышение квалификации по психологии, не связанное с консультативной практикой.

Таблица 2

Показатели прохождения супервизий в обследованной выборке психологов-консультантов

Направления психотерапии	Посещают часто — не реже 1 раза в месяц (%)	Посещают редко — 1—2 раза в год (%)	Не посещают супервизий* (%)
Психодинамический подход	92,1	7,1	-
Когнитивно-бихевиоральный подход	63,5	21,2	15,3
Системный семейный подход	66	28,3	5,3
Экспириентальный подход	70,1	21,7	8,2

Примечание: «*» — небольшое количество респондентов посещают супервизии от случая к случаю и затрудняются с выбором точного ответа о регулярности таких посещений.

Респонденты также указывали, где они обучались этике психологического консультирования (табл. 3). Было выявлено, что от 44,1% (специализирующихся в экспириентальном подходе) до 68,4% консультантов (специализирующихся в КБТ) изучали этику в ходе обучения в вузе, а на этапе послевузовской профессиональной подготовки — менее половины. Обращает на себя внимание тот факт, что значительная часть опрошенных стремилась к самостоятельному изучению этики; лидерами в этом отношении становятся специалисты, практикующие в рамках психодинамического подхода (60%).

Таблица 3

Показатели обучения этике консультирования в обследованной выборке психологов-консультантов

Направления психотерапии	В рамках программы вузовского образования (%)	В рамках послевузовской профессиональной подготовки (%)	Самостоятельное изучение*
Психодинамический подход	57,1	31,4	60
Когнитивно-бихевиоральный подход	68,4	31,6	45,6
Системный семейный подход	53,7	48,1	44,4
Экспириентальный подход	44,1	45,6	54,4

Примечание: «*» — часть респондентов изучали этику всеми тремя указанными способами, поэтому суммы по строкам превышают 100%.

Методики. Так как для выявления этических убеждений консультантов не существует русскоязычных методик, авторы обратились к опыту зарубежных коллег и обнаружили специальный опросник для психологов-консультантов — «Опросник установок и убеждений по этическим вопросам» (*An Inventory of Attitudes and Beliefs About Ethical Issues*). Создатели методики Барбара Херлихи и Джералд Кори (*B. Herlihy, G. Corey*) — высоко авторитетные эксперты по этике психологического консультирования. Методика приводится в их учебнике «Книга кейсов по этическим стандартам Американской ассоциации психологов-консультантов» — одном из главных источников, рекомендуемых в США при изучении этических основ специальности [23, с. 25—32].

Опросник стимулирует психологов-консультантов к критическим размышлениям относительно этических проблем в их практике. Он содержит 35 пунктов: 28 из них отражают убеждения относительно этики консультирования и затрагивают аспекты компетентности, конфиден-

циальности, двойственных ролей, дискриминации клиентов по каким-либо признакам, информированного согласия, возможного влияния личных ценностей консультантов на процесс оказания помощи, способов урегулирования этических дилемм, обязательств консультантов по участию в проектах pro bono, практики на основе бартера. Три пункта опросника выявляют убеждения относительно этики исследовательских проектов в сфере консультирования, еще четыре пункта связаны с этикой обучения консультированию. Каждый пункт опросника включает четыре варианта ответа, среди которых, по замыслу создателей, не существует единственного правильного. Поэтому инструкция предлагает респонденту для каждого из пунктов выбрать букву или несколько букв, обозначающих определенный ответ (или ответы), который наиболее точно отражает его соображения по данному этическому вопросу. Если ни один из предлагаемых на выбор вариантов ответа не кажется респонденту приемлемым, он может изложить свой собственный на резервированных пустых строках.

Пример пункта опросника.

«Первичная обязанность психологов-консультантов — это:

- а) избежать судебных процессов (тяжб), связанных с должностными преступлениями;
- б) привлечь семью с тем, чтобы помочь клиенту достичь целей консультирования;
- в) содействовать продвижению общественных ценностей;
- г) уважать неприкосновенность клиента и содействовать его благополучию;
- е) (собственный вариант ответа)».

Создатели опросника не предложили унифицированного алгоритма обработки результатов. Они рассматривают его как средство самодиагностики, стимулирующее психологов-консультантов и психотерапевтов к размышлению над этическими дилеммами и обнаружению областей, вызывающих особые трудности. В настоящем исследовании для анализа тенденций в обследованной группе респондентов был выбран следующий алгоритм: а) методом экспертных оценок пункты опросника были рассортированы на этически бесспорные (ЭБС) и этически спорные (ЭС); б) с помощью коэффициента Каппа (κ) Коэна подсчитывалась степень согласованности экспертных оценок; в) с помощью одновыборочного критерия χ^2 оценивалось согласие с равномерным распределением выборов респондентов в пунктах, отнесенных к ЭБС или ЭС; г) методом логистической регрессии выделялись этические убеждения, выступающие предикторами групповой принадлежности респондента (например, его принадлежности к какому-либо из психотерапевтических подходов).

Результаты

Согласованность экспертных оценок. В команду экспертов были привлечены четверо психологов-консультантов с углубленными знаниями современных этических кодексов и опытом коллективного обсуждения этических вопросов. Эксперт № 1 — семейный психолог-консультант; эксперт № 2 — клинический психолог, консультирующий в когнитивно-поведенческом подходе; эксперт № 3 — клинический психолог, консультирующий в когнитивно-поведенческом подходе с опытом преподавания этических основ консультирования и психотерапии; эксперт № 4 — семейный психотерапевт, преподаватель и исследователь в университете США с зарубежной подготовкой в области этики консультирования. Все эксперты, кроме эксперта № 3 — члены инициативной группы «Коллегия по этике психологов и психотерапевтов». Экспертов инструктировали отнести каждый из 140 пунктов опросника Б. Херлихи и Дж. Кори к одной из двух категорий — «Этически спорные» (ЭС) или «Этически бесспорные» (ЭБС). В результате для дальнейшего анализа были отобраны пункты, относительно которых отмечалось 100% согласие экспертов; таких пунктов оказалось 75 (чуть более половины), среди них 47 были отнесены к ЭБС, 28 — к ЭС. На примере приведенного выше пункта опросника, в ЭС вошел вариант ответа «а» — «Избежать судебных процессов (тяжб), связанных с должностными преступлениями»; а вариант «d» — «Уважать неприкосновенность клиента и содействовать его благополучию» — был отнесен к ЭБС.

Относительно небольшое количество пунктов, насчет которых эксперты достигли полного согласия — это интересное явление, заслуживающее специального анализа. С целью более точного определения гомогенности в судейских оценках подсчитывался коэффициент к Коэна. Серия из шести парных сравнений для четырех экспертов подтвердила статистическую значимость всех попарных значений коэффициента. Для всей совокупности пунктов он составил 0,512, причем парные коэффициенты, демонстрирующие степень согласия между любыми двумя из четырех экспертов, варьировали от 0,393 до 0,630. Для совокупности пунктов, отражающих этические убеждения в психологическом консультировании, он был несколько выше — 0,549; при этом парные коэффициенты менялись от 0,409 до 0,659, а для пунктов, связанных с проведением исследований и профессиональным образованием — 0,399. Итоговые значения показателя согласованности мнений всех четырех экспертов оказываются ниже значения 0,8, рекомендуемого для установления надежности экспертных оценок [22].

Распределение выборов респондентов. С какой частотой респонденты, размышляя над пунктами опросника Б. Херлихи и Дж. Кори, будут выбирать те, что были отнесены экспертами к этически бесспорным? С ка-

кой частотой они будут совершать выборы в пользу этически спорных утверждений? В поисках ответов на поставленные вопросы анализировались гистограммы распределения выборов респондентов (рис. 1 и 2).

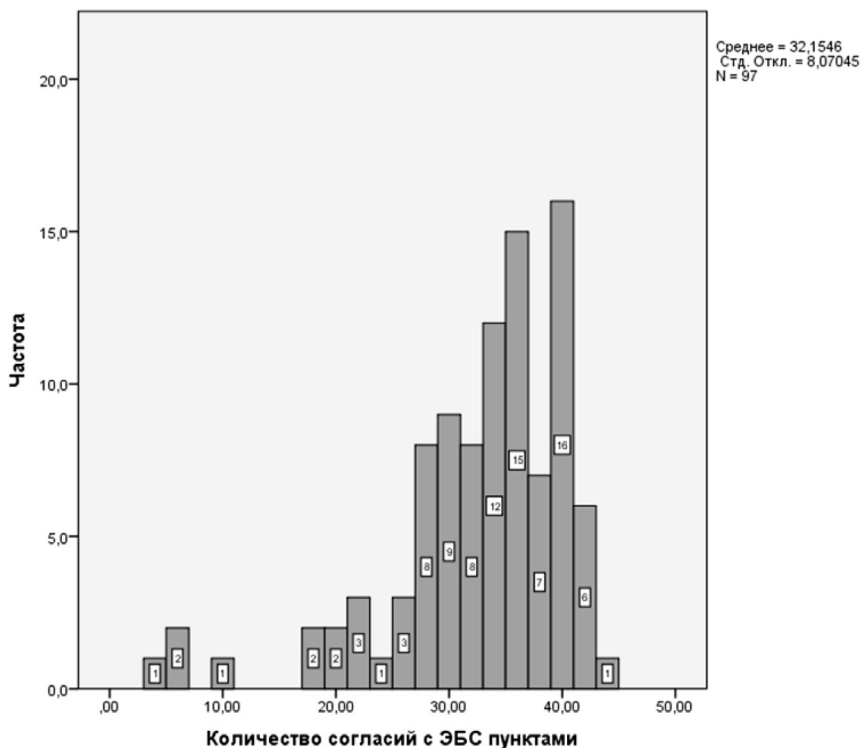


Рис. 1. Распределение согласий респондентов с ЭБС утверждениями: цифры в столбиках — количество респондентов, согласных с определенным числом ЭБС пунктов

Рис. 1 отражает частоту выборов респондентами ЭБС утверждений (т. е. выражение согласия с ними). Гистограмма этого распределения имеет отчетливую правостороннюю асимметрию: коэффициент асимметрии $A = -1,553$ и по модулю более чем в шесть раз превосходит стандартную ошибку асимметрии (0,245). Значительная часть испытуемых выражают согласие с 30—40 этически верными утверждениями. Данный результат свидетельствует о тенденции к совпадению экспертных оценок и мнений респондентов. Так, если с 20—21 этически верными утверждениями согласились всего 2 респондента, то с 36—37 — уже 15 респондентов; выбор 40 и более утверждений такого рода осуществили 23 ре-

спондента. Однако необходимо отметить, что при наличии ожидаемой тенденции (смещения гистограммы вправо) число респондентов ($n=97$), придерживающихся убеждений, представляющихся экспертам этически бесспорными, далеко от 100 процентов и составляет всего 44,7%.

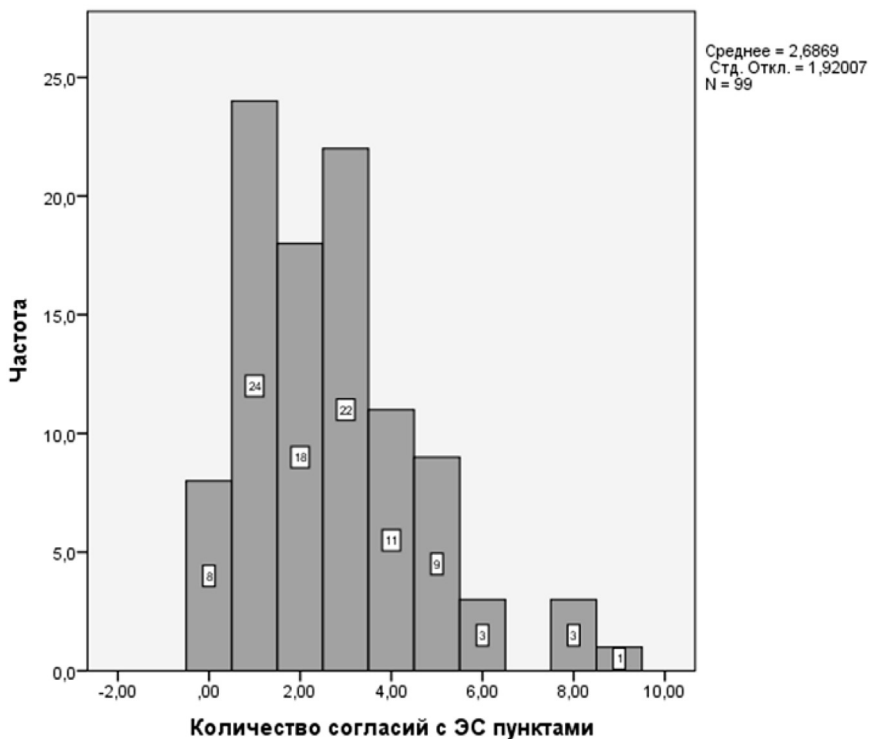


Рис. 2. Распределение согласий респондентов с ЭС утверждениями: цифры в столбиках — количество респондентов, согласных с определенным числом ЭБС пунктов

Рис. 2 отражает частоту выражения согласия с ЭС утверждениями. Гистограмма этого распределения, наоборот, отчетливо левосторонне асимметрична: $A=0,988$ и более чем втрое превосходит стандартную ошибку асимметрии (0,243). Основная часть респондентов согласны лишь с одним или двумя—тремя этически спорными утверждениями, в то время как большего количества этически спорных убеждений (от 6 до 9) придерживаются лишь несколько респондентов. Данный результат свидетельствует о тенденции к совпадению экспертных оценок и мнений респондентов. Так, с одним этически спорным утверждением со-

гласились 24 респондента, с двумя — 18, с четырьмя — 11, с шестью и восемью — по 3. Девять этически спорных утверждений были выбраны одним респондентом. Вместе с тем необходимо отметить, что при наличии ожидаемой тенденции число респондентов, придерживающихся хотя бы нескольких этически сомнительных убеждений в психологическом консультировании, остается достаточно большим — $n=99$, что составляет 45,6% выборки.

Для более детального изучения согласованности оценок респондентов с экспертными оценками проверялось согласие распределения выборов ответов на каждый пункт опросника с равномерным распределением по одновыборочному критерию χ^2 . Равномерность распределения означает, что в генеральной совокупности ответы «согласен» и «не согласен» на каждый из этих вопросов встречаются у половины психологов-консультантов, т. е. мнения делятся ровно пополам. Подчеркнем, что речь идет именно о генеральной совокупности: в выборке процентные доли ответов обоих типов на конкретный вопрос не обязательно равны 50%, но если статистический критерий χ^2 подтверждает согласие с равномерным распределением, значит эти отклонения могут объясняться чисто случайными причинами.

По результатам такой проверки, согласие с равномерным распределением подтвердилось для 25 пунктов из 140, среди которых оказалось семь, отнесенных экспертами к ЭБС. Содержание этих пунктов, а также показатели согласия с ними респондентов приведены в табл. 4.

Приведенные в табл. 4 пункты вызывают наибольшее разногласие между опрошенными психологами-консультантами. Так, предметом ожесточенной дискуссии может стать допустимость двойственных отношений с клиентом. Обязательство по тщательному отбору участников консультативных групп и проведению с ними интервью до начала групповой работы также не признается половиной профессионального сообщества. Выраженное разногласие отмечается и в вопросе о компетентности специалистов — почти половина респондентов не согласны с требованием практиковать в строгом соответствии с полученным образованием и пройденными тренингами. Аналогичная степень расхождений отмечается относительно способов реагирования в ситуациях этических нарушений. Так, многие участники опроса выражают несогласие с рекомендацией этического кодекса о поиске неформального урегулирования как меры первого выбора при получении информации об этических нарушениях кем-либо из коллег.

Предикторы групповой принадлежности респондентов. С целью определения наиболее значимых убеждений — предикторов групповой принадлежности респондентов — методом логистического регрессионного анализа (ЛРА) с пошаговым включением переменных в уравнение при

Таблица 4

**Пункты опросника Б. Херлихи и Дж. Кори, где распределение выборов
согласуется с равномерным (критерий χ^2)**

Содержание пункта	Не согласен (%)	Согласен (%)	Уровень значимости p для критерия χ^2
Уважение к личным ценностям консультантов предполагает, что важно, чтобы консультанты понимали, как их ценности и убеждения применяются (преломляются) в многообразном обществе	2,1	7,8	0,113
Наличие двойственных отношений с клиентом (т. е. быть для него одновременно другом, работодателем или супервизором) открывает возможности эксплуатации и, следовательно, всегда являются неэтичными	8,1	1,9	0,692
Консультанты, практикующие групповое консультирование, имеют этическое обязательство проводить скрининговую интервью с потенциальным членом группы	43,1	56,9	0,166
Консультанты должны практиковать в рамках границ собственной компетентности, что означает, что они должны практиковать строго в соответствии с полученным образованием и пройденными тренингами	43,1	56,9	0,166
При проведении исследований с участием испытуемых этическая практика требует, чтобы консультанты были восприимчивы по отношению к разнообразным проблемам, возникающим в особых выборках	56,9	43,1	0,166
Когда у консультантов есть основания утверждать, что другой консультант нарушает этические стандарты, соответствующим первым шагом будет поиск неформального решения	51,5	48,5	0,765
Моя позиция в вопросах о прекращении жизни предполагает, что я бы направил клиента к соответствующему специалисту с тем, чтобы клиент мог получить необходимую помощь	49,0	51,0	0,843

использовании отношения максимального правдоподобия было построено несколько моделей.

Модель 1 была нацелена на выявление убеждений, выступающих значимыми предикторами принадлежности испытуемого к группе практикующих в когнитивно-поведенческом подходе (КБТ). В качестве независимых переменных выступали пункты опросника, которые были оценены экспертами как ЭБС или ЭС. Модель регрессии правильно предсказывает принадлежность к группе КБТ с точностью 55,6%, а к группе практикующих в других подходах — с точностью 91,3%. Респондент скорее относится к группе практикующих в КБТ, если он отвечает «нет» на вопросы В12, С32 и «да» на вопросы Д6, В13, Д30. Влияние совокупности предикторов на зависимую переменную достоверно ($\chi^2= 32,218$; $p<0,001$). Предиктивной способностью обладают пять пунктов опросника (табл. 5).

Таблица 5

**Предикторы принадлежности респондентов к группе практикующих
в когнитивно-бихевиоральном подходе**

№	Содержание пунктов	ОЭ	ОР	β (p)
В12	Этичная практика предполагает, что консультант завершает консультативные отношения, когда консультирование более не является необходимым	ЭБС	нет	2,078 < 0,01
С32	Если бы клиент стремился вручить мне подарок, я бы исследовал смысл, который вкладывает клиент в подарок	ЭБС	нет	1,406 < 0,05
Д6	Консультанты выражают уважение к приватности своих клиентов с помощью признания за консультантом права на определение приватности и возможности его отмены в случае, если это в интересах клиента	ЭС	да	-2,110 < 0,001
В13	Уважение к личным ценностям консультантов предполагает, что важно, чтобы консультанты понимали, как их ценности и убеждения применяются в многообразном обществе	ЭБС	да	-1,82, < 0,01
Д30	Практика на основе бартера может быть допустима, когда устанавливается четкий контракт	ЭБС	да	-1,875 < 0,01

Примечание: ОЭ — оценка экспертов; ОР — согласие или несогласие респондентов; β — стандартизованные регрессионные коэффициенты; p — уровень значимости.

Результаты показывают, что дискриминативным признаком консультантов в КБТ становятся спорные представления об условиях завершения консультирования — они не считают, что отсутствие дальнейшей необходимости в нем служит сигналом к этому. Они не стремятся прояс-

нить смысл подарка, преподносимого клиентом, что является этически спорным решением. Респонденты этой группы проявляют излишнюю доминантность в вопросах о приватности своих клиентов, оставляя за консультантом право на ее определение и возможность отмены в «интересах клиента».

Вторая модель строилась для выявления этических убеждений группы практикующих в системном семейном подходе (ССТ). Это самая удачная из трех моделей: общая точность предсказания очень высокая — 90,6%. При этом модель регрессии правильно предсказывает принадлежность к этой группе тоже с большой точностью — 70,0%, а еще лучше — к группе практикующих в других подходах — 96,1%. Следовательно, выявленные этические представления достаточно хорошо характеризуют эту профессиональную группу психологов-консультантов. Респондент более вероятно относится к группе практикующих в ССТ, если он отвечает «нет» на вопрос В15, С14 и «да» на вопрос А29, А32, В3, В10, В11, С6, С29, D3. Влияние совокупности предикторов на зависимую переменную статистически значимо ($\chi^2=50,219$; $p<0,001$). Пункты опросника, обладающие предиктивной способностью, перечислены в табл. 6.

Таким образом, семейные консультанты характеризуются максимальным числом отличительных убеждений. Парадоксальным образом они не считают, что должны постоянно осуществлять шаги по поддержанию компетентности, оспаривают необходимость сохранять терапевтические записи законным способом. Семейные консультанты придерживаются конфликтующих представлений о финансовой стороне практики: с одной стороны, утверждают, что не следует когда-либо снижать размер гонорара, с другой стороны, полагают, что консультанты, отказывающиеся от работы *pro bono*, неэтичны, мотивированы лишь собственной выгодой и должны покинуть специальность.

Наконец, третья модель строилась для выявления взглядов, характерных для практикующих в экспириентальном подходе (ЭП). Точность предсказания здесь — 72,9%. Модель регрессии правильно предсказывает принадлежность к этой группе с очень малой точностью — всего 35,3%, но к группе практикующих в других подходах — с высокой точностью — 93,5%. Это означает, что наличие указанных ниже ответов на пункты-предикторы вряд ли может служить достаточным основанием для отнесения их к группе практикующих в ЭП. Перечислим все же выделенные три предиктора: ответы «нет» на вопросы D15, С23 и «да» на вопрос В23. Влияние на зависимую переменную совокупности всех предикторов достоверно: $\chi^2=21,848$ ($p<0,001$). Содержание указанных пунктов опросника представлено в табл. 7.

Слабым отличительным признаком респондентов экспириентального лагеря становятся убеждения, затрагивающие критерии компетент-

Таблица 6

**Предикторы принадлежности респондентов к группе практикующих
 в системном-семейном подходе**

№	Содержание пунктов	ОЭ	ОР	β (p)
B15	Консультанты должны практиковать в рамках границ собственной компетентности, что означает, что они должны предпринимать шаги по поддержанию компетентности в полученных ими навыках	ЭБС	нет	5,151 < 0,01
C14	Признавая необходимость ведения записей сеансов, консультанты должны сохранять записи в течение 10 лет законным и этичным способом	ЭБС	нет	3,234 < 0,05
A29	С этических позиций абсолютно необходимо заручиться информированным согласием клиента за исключением малолетних клиентов	ЭС	да	-4,968 < 0,01
A32	При установлении размера гонорара за консультирование консультанты должны решать, каким будет гонорар и никогда не снижать его размер	ЭС	да	-3,435 < 0,01
B3	Если консультанты установили, что они не способны оказать профессиональную помощь клиенту, им следует направить клиента к другому специалисту	ЭБС	да	-4,733 < 0,01
B10	Уважение к личным ценностям консультантов предполагает, что хорошей тактикой для консультантов будет прием клиента только в том случае, если он придерживается сходных ценностей	ЭС	да	-1,871 =0,066
B11	С этических позиций абсолютно необходимо заручиться информированным согласием клиента, информированное согласие необходимо получать у всех клиентов	ЭБС	да	-3,754 < 0,05
C6	Консультанты, отказывающиеся от вложения про вопо части своего времени и способностей в проекты с небольшой финансовой отдачей или бесплатно, должны считаться неэтичными	ЭС	да	-4,226 < 0,05
C29	Консультанты, отказывающиеся от вложения про вопо части своего времени и способностей в проекты с небольшой финансовой отдачей или бесплатно, мотивированы собственными интересами и поиском финансовой выгоды и должны оставить профессию консультанта	ЭС	да	-5,095 < 0,01
D3	Если бы клиент стремился вручить мне подарок, я бы принял его с тем, чтобы своим отказом не обидеть клиента	ЭС	да	-3,929 < 0,01

Примечание: ОЭ — оценка экспертов; ОР — согласие или несогласие респондентов; β — стандартизованные регрессионные коэффициенты, p — уровень значимости.

Таблица 7

**Предикторы принадлежности респондентов к группе практикующих
в экспериментальном подходе**

№	Содержание пунктов	ОЭ	ОР	β (p)
D15	Консультанты должны практиковать в рамках границ собственной компетентности, что означает, что они должны практиковать строго в соответствии с полученным образованием и пройденными тренингами	ЭБС	нет	1,299 < 0,05
C23	В отношении личностного роста как части тренинговой программы является неэтичным использовать эти приемы, поскольку студенты могут с легкостью попасть в некомфортные для себя ситуации	ЭБС	нет	2,670 < 0,001
B23	В отношении личностного роста как части тренинговой программы является важным предпринимать меры с тем, чтобы минимизировать риски для обучающихся	ЭБС	да	2,061 < 0,01

Примечание: ОЭ — оценка экспертов; ОР — согласие или несогласие респондентов; β — стандартизованные регрессионные коэффициенты, p — уровень значимости.

ности и допустимого в учебных программах. Так, эти респонденты не согласны с требованием практиковать в строгом соответствии с полученным образованием; они также не согласны с отнесением работы над личными проблемами в ходе тренингов к неэтичным приемам, полагая при этом, что она допустима при использовании специальных мер с целью снижения рисков.

Обсуждение результатов

К полученным данным следует относиться с осторожностью, так как репрезентативность обследованной выборки психологов остается неясной. Они скорее указывают на зоны потенциальных проблем и, безусловно, требуют репликации в расширенной по численности выборке.

Так, пятая часть участников сообщили, что не имеют высшего образования по психологии; при этом 8% респондентов занимаются психологическим консультированием, вообще не имея высшего образования. Насколько такая практика согласуется с законом? Изучение правовых документов не дает окончательного ответа на поставленный вопрос. Согласно закону № 43 «О психологической помощи населению в г. Москве», оказание психологической помощи лицами, не имеющими базового психологического образования, возможно: «Специалисты-психологи — лица, имеющие высшее профессиональное образование или прошедшие

профессиональную переподготовку в области психологии...» [11]. Однако этический кодекс РПО однозначно закрепляет полномочия психолога только за лицами, имеющими высшее психологическое образование [15]. В дополнение к этому проект федерального закона № 553338-6, отклоненный Государственной Думой в 2012 г., требовал подтверждения высшего психологического образования дипломом не ниже уровня специалиста [12]. Данный вопрос, несомненно, требует скорого решения. При этом необходимо понимать, что современная практика требует значительной подготовки и эрудиции, так как теоретические и эмпирические основы консультативной психологии бурно развиваются, а проблемы клиентов значительно усложняются (например, в молодежной популяции зафиксирован резкий рост показателей личностного неблагополучия в виде нарциссизма и перфекционизма) [20; 24].

По данным анкеты, значительная часть обследованных не проходила послевузовской подготовки в каком-либо из психотерапевтических подходов (40%). Можно предположить, что это явление в значительной степени обусловлено недоступностью дорогостоящего обучения для многих выпускников российских вузов. Максимальное число таких респондентов зафиксировано среди психологов-консультантов, практикующих на основе КБТ. Эту тенденцию отчасти можно объяснить спецификой руководств, где технологии КБТ представлены в открытом и детализированном виде, что может создавать опасную иллюзию полностью самостоятельного овладения методом.

В отношении супервизий ситуация относительно благополучна: ежемесячно их проходят более половины респондентов, практикующих в разных подходах. Максимальное число регулярно супервизирующихся установлено среди консультантов психодинамического направления. Следует отметить, что супервизирование не является обязательным условием практики для специалистов со стажем, выполнивших образовательный стандарт в рамках обучения какому-либо психотерапевтическому подходу. Тем не менее, настораживающий факт неучастия в этой работе 15% консультантов, практикующих в рамках КБТ, вряд ли может быть объяснен этим обстоятельством, учитывая приведенные выше сведения. По данным анкеты, большинство респондентов знакомилось с этическими основами консультирования в ходе как вузовского, так и послевузовского обучения. Тем не менее, создается впечатление, что вопросы этики мало освещаются в специализированных послевузовских программах. Авторитетный эксперт по этике, психоаналитик Г. Габбард, сетуя на подобное явление в американских обучающих программах, однозначно высказывается за необходимость соответствующих преобразований [3].

Эксперты, относившие пункты опросника к этически спорным и этически беспорным, — психологи с опытом изучения этики консуль-

тирования и решения этических дилемм, превышающим средний для сообщества. Но согласованность их суждений оказалась невысокой; она была совсем мала для пунктов, тестирующих этические убеждения в области исследований и образовательных программ. Невысокая гомогенность в экспертных оценках позволяет предположить, что достижение консенсуса при решении важнейших профессиональных вопросов станет для отечественных специалистов сложной задачей.

Распределение выборов, сделанных респондентами, показывает, что более половины участников исследования не придерживаются этических убеждений, которые экспертам представляются бесспорными и затрагивают такие важнейшие аспекты консультирования, как недопустимость двойственных ролей, своевременность завершения работы, необходимость направления к другому специалисту в случае недостаточной компетентности и т. д. При этом значительная часть респондентов (45,6%) придерживаются хотя бы нескольких (от 1 до 9) этически сомнительных убеждений в психологическом консультировании.

Были установлены области максимальных разногласий между опрошенными. Так, половина респондентов не согласны с тем, что консультанты должны хорошо осознавать место своих личных ценностей в сложном и многообразном обществе, которое представляет современный мир. Эти ответы могут, на наш взгляд, объясняться двумя причинами: а) трудностями в отыскании наиболее точного перевода этого оригинального пункта; б) недостаточным опытом размышлений над вопросами о том, как личные ценности психологов соотносятся с ценностными ориентациями разных социальных групп, образующих российское общество, и как их несоответствие может отражаться на консультативном процессе.

Предметом ожесточенной дискуссии может стать допустимость двойственных отношений с клиентом. Половина опрошенных не согласны с их определением как «всегда неэтичных и открывающих возможности эксплуатации». Этот результат свидетельствует о том, что одно из важнейших этических правил современных кодексов не стало внутренним ограничением для значительной части российских специалистов.

Половина опрошенных консультантов не признают необходимость тщательного отбора участников психологических групп и проведения с ними скринингового интервью до начала работы. Участие в группах, сформированных на основе такого подхода, может стать рискованным для уязвимых и остро нуждающихся в безопасной среде клиентов.

Несогласие половины опрошенных респондентов вызывает требование практиковать в строгом соответствии с полученным образованием и пройденными тренингами. Результат вполне предсказуем: значительное число специалистов, не прошедших углубленной подготовки в каком-либо психотерапевтическом подходе, могут агрессивно противостоять

этому этическому правилу и отстаивать свое право на работу с различными контингентами клиентов — со всеми вытекающими из такого поведения последствиями.

Наконец, многие респонденты не принимают рекомендацию этических кодексов о предпочтении неформального урегулирования в ситуации, когда кто-либо из коллег допустил этическое нарушение. Возможно, что поиск оптимальных способов реагирования в таких ситуациях не стал важной профессиональной задачей для российских специалистов, а их опыт в осмыслении такого рода решений и вмешательств недостаточен.

Была предпринята попытка выделить среди этических убеждений предикторы принадлежности респондента к психотерапевтическим подходам — когнитивно-бихевиоральному, системному семейному и экзистенциальному (включавшему гештальт-подход, психодраму, экзистенциальный и понимающий подходы). Эти результаты имеют невысокую валидность, что связано с малым размером изучаемых выборок респондентов. Адекватным обобщением полученных данных может стать вывод о том, что этически спорные убеждения (безусловно, наряду с этически бесспорными) характерны для всех трех групп специалистов. Они затрагивают такие важные области этики, как условия завершения консультирования, необходимость постоянных усилий в поддержании компетентности, правила хранения терапевтических записей, допустимость работы с личными проблемами консультантов в ходе обучающих программ и т. д.

Совокупность полученных результатов свидетельствует о значительных разногласиях в этических представлениях российских психологов-консультантов, что может приводить ко многим последствиям. Во-первых, принятие коллегиальных решений по этическим вопросам, рекомендуемое кодексами, может стать трудной, а в ряде случаев невыполнимой задачей. Во-вторых, можно предвидеть большое количество ожесточенных споров и конфликтов при внедрении этических кодексов и соответствующих обучающих программ. В-третьих, можно ожидать значительной растерянности и недоумения клиентов, принимающих решение о смене консультанта и попадающих к специалисту, чьи правила профессионального поведения могут резко отличаться от стиля предыдущего.

Последние годы были отмечены рядом важных начинаний в изучаемой области. В 2017 г. в Москве была создана инициативная группа, названная «Коллегией по этике психологов и психотерапевтов» и объединившая энтузиастов распространения этических знаний в профессиональном сообществе. Одним из важнейших достижений группы стало проведение в Москве первой конференции по этике в психологическом консультировании и психотерапии (26 мая 2017 г.). Согласно Санкт-Петербургской Декларации от 23 марта 2019 г., на основе Этического

кодекса Американской Психологической Ассоциации был разработан и адаптирован к отечественным реалиям единый этический кодекс для психотерапевтов всех модальностей Российской Психотерапевтической Ассоциации [16]. Эти и другие начинания позволяют надеяться на то, что сообщество российских психологов-консультантов преодолет колоссальный разброс в этических убеждениях, сдав таким образом экзамен на эмоциональную и интеллектуальную зрелость.

Выводы

1. Формирование этического мышления психологов-консультантов является сложной задачей, не сводимой к формальному заучиванию этических правил и умению применять стандарты.

2. По данным пилотажного исследования, пятая часть психологов-консультантов, участвовавших в онлайн опросе, практикует, не имея высшего психологического образования, 40% опрошенных не прошли углубленную подготовку в каком-либо психотерапевтическом подходе.

3. Для психологов-консультантов характерны выраженные разногласия в этических представлениях, что позволяет прогнозировать конфликты и трудности в принятии коллегиальных решений по вопросам этики, рекомендуемых этическими кодексами.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Армашова А.Б.* Этические дилеммы во взаимодействии психолога-консультанта и клиента: дисс. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2018. 277 с.
2. Впервые в России в отношении психолога возбуждено уголовное дело о доведении до самоубийства [Электронный ресурс] // Психологическая газета. URL: <https://psy.su/feed/4109/> (дата обращения: 06.09.2019).
3. *Габбард Г., Лестер Э.* Психоаналитические границы и их нарушения: пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2014. 272 с.
4. *Гаджиева С.* Из-за комментария «инцест», оставленного психологом под семейным фото, писательница обратилась в прокуратуру [Электронный ресурс] // Вечерняя Москва. 19.12.2015. URL: <https://vm.ru/news/227989.html> (дата обращения: 06.09.2019).
5. *Гулина М.А.* «Езда в незнаемое»: преподавание консультативной психологии в стенах университетов // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 3. С. 109—131. doi:10.17759/cpp.2017250307
6. *Гарбер И.* Этика психотерапии и психологического консультирования в России: постановка проблемы // Теория и практика психотерапии. 2014. Т. 1. № 1. С. 96—100.

7. Дианкова И. Некоторые этические проблемы в современной американской психотерапии и психологическом консультировании // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 4. С. 114—149.
8. Караваева Т.А., Вьюнова Т.С., Подсадный С.А. Значение этических норм и принципов в психотерапии и их закрепление в правовом регулировании // Вестник психотерапии. 2008. № 28. С. 9—17.
9. Картицкая Д. Психолог заставлял пациенток на публике раздеваться и отдавать бриллианты [Электронный ресурс] // Комсомольская правда. 24.04.2018. URL: <https://www.kp.ru/daily/26822/3860047/> (дата обращения: 06.09.2019).
10. Куликов А.И. Изучение сексуальных чувств пациентов и психотерапевтов в процессе психотерапии: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб, 2004. 199 с.
11. О психологической помощи населению в городе Москве: Закон города Москвы от 07.10.2009 № 43 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/292902/> (дата обращения: 06.09.2019).
12. О психологической помощи населению в Российской Федерации: проект Федер. закона № 553338-6 [Электронный ресурс]. URL: <https://lawmon.ru/law/553338-6.html> (дата обращения: 06.09.2019).
13. Тарасова Е.В., Черемухин А.Д. Представления психологов-консультантов об этических ценностях, профессиональной устойчивости и жизнеспособности в деятельности [Электронный ресурс] // Universum: Психология и образование. 2017. № 4 (34). URL: <http://7universum.com/ru/psy/archive/item/4615> (дата обращения: 06.09.2019).
14. Фрокмортон У. Попытки изменить сексуальную ориентацию: этические аспекты // Московский психотерапевтический журнал. 2006. № 1. С. 175—195.
15. Этический кодекс психолога Российского психологического общества [Электронный ресурс]. URL: https://kpfu.ru/docs/F432125249/Eticheskij_kodeks.psihol_ga.pdf (дата обращения: 06.09.2019).
16. Этический кодекс Российской психотерапевтической ассоциации (РПА) от 27.05.2019 [Электронный ресурс]. URL: <http://rpa-russia.ru/esgra/> (дата обращения: 06.09.2019).
17. American Counseling Association. 2014 ACA Code of Ethics [Электронный ресурс]. URL: <https://www.counseling.org/resources/aca-code-of-ethics.pdf> (дата обращения: 06.09.2019).
18. Bond T. Standards and Ethics for counseling in action. Los Angeles: Sage, 2000. 263 p.
19. Burkholder D., Burkholder J. Reasons for ethical misconduct of counseling students: what do faculty thinks? [Электронный ресурс] // The Journal of Counselor Preparation and Supervision. 2014. Vol. 6 (2). URL: <https://repository.wcsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1063&context=jcps> (дата обращения: 06.09.2019). doi:10.7729/62.1063
20. Curran T., Hill A.P. Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016 // Psychological Bulletin. 2019. Vol. 145 (4). P. 410—429. doi:10.1037/bul0000138
21. Ebrulkiz F. Bahar M., Umut A. Trainee psychological counselors' understanding of ethics // International Journal of Humanities and Social Science Invention. 2017. Vol. 6 (2). P. 10—17.

22. Gwet K. Handbook of inter-rater reliability: the definitive guide to measuring the extent of agreement among raters. 4th ed. Gaithersburg, MD: Advanced Analytics, 2014. 410 p.
23. Herlihy B., Corey G. ACA ethical standards casebook. 7th ed. Alexandria: Wiley, 2014. 337 p.
24. Twenge J., Konrath S., Foster J., et al. Egos inflating over time: meta-analysis of the narcissistic personality inventory // Journal of Personality. 2008. Vol. 76 (4). P. 875—902. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00507.x

REFERENCES

1. Armashova A.B. Etycheskie dilemmy vo vzaimodeistvii psikhologa-konsul'tanta i klienta. Diss. kand. psikhol. nauk. [Ethical dilemmas in the interaction of counseling psychologist and client. Dr. Sci. (Psychology) diss.]. Yaroslavl', 2018. 277 p.
2. Vpervye v Rossii v otnoshenii psikhologa возбуждено уголовное дело о доведении до самоубийства [For the first time in Russia, a criminal case was opened against a psychologist for incitement to suicide] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskaya gazeta [Psychological Newspaper]*. Available at: <https://ps.su/feed/4109/> (Accessed 06.09.2019).
3. Gabbard G., Lester E. Psikhooanaliticheskie granitsy i ikh narusheniya [Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis]. Moscow: Nezavisimaya firma "Klass", 2014. 272 p. (In Russ.).
4. Gadzhieva S. Iz-za kommentariya «intsest», ostavlennoogo psikhologom pod semeinym foto, pisatel'nitsa obratilas' v prokuraturu [The writer complained to the prosecution office about the comment "incest" written by the psychologist under a family photo] [Elektronnyi resurs]. *Vechernyaya Moskva [Evening Moscow]*. 19.12.2015. Available at: <https://vm.ru/news/227989.html> (Accessed 06.09.2019).
5. Gulina M.A. "Ezda v neznaemoe": prepodavanie konsul'tativnoi psikhologii v stenakh universitetov ["Driving to unknown" — teaching counselling psychology at universities]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2017. Vol. 25 (3), pp. 109—131. doi:10.17759/cpp.2017250307. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Garber I. Etika psikhoterapii i psikhologicheskogo konsul'tirovaniya v Rossii: postanovka problemy [Ethics of psychotherapy and psychological counseling in Russia: Statement of the problem]. *Teoriya i praktika psikhoterapii [Theory and Practice of Psychotherapy]*, 2014. Vol. 1 (1), pp. 96—100.
7. Diankova I. Nekotorye eticheskie problemy v sovremennoi amerikanskoj psikhoterapii i psikhologicheskom konsul'tirovanii [Some ethical issues in modern American psychotherapy and psychological counseling]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal [Moscow Psychotherapeutic Journal]*, 2002, no. 4, pp. 114—149.
8. Karavaeva T.A., V'yunova T.S., Podsadnyi S.A. Znachenie eticheskikh norm i printsipov v psikhoterapii i ikh zakreplenie v pravovom regulirovanii [The value of ethical norms and principles in psychotherapy and their consolidation in legal regulations]. *Vestnik psikhoterapii [Bulletin of Psychotherapy]*, 2008, no. 28, pp. 9—17.

9. Karpitskaya D. Psikholog zastavlyal patsientok na publike razdevat'sya i otdavat' brilliandy [The psychologist made his patients undress in public and give away their diamonds] [Elektronnyi resurs]. *Komsomol'skaya pravda*. 24.04.2018. Available at: <https://www.kp.ru/daily/26822/3860047/> (Accessed 06.09.2019).
10. Kulikov A.I. Izuchenie seksual'nykh chuvstv patsientov i psikhoterapevtov v protsesse psikhoterapii. Avtoref. diss. kand. psikhol. nauk. [The study of sexual feelings of patients and psychotherapists in the process of psychotherapy. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Saint Petersburg, 2004. 199 p.
11. O psikhologicheskoi pomoshchi naseleniyu v gorode Moskve: Zakon goroda Moskvy ot 07.10.2009 № 43 [On psychological aid to the population in the city of Moscow: Law 43 of the city of Moscow, 07.10.2009] [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/292902/> (Accessed 06.09.2019).
12. O psikhologicheskoi pomoshchi naseleniyu v Rossiiskoi Federatsii: proekt Feder. zakona № 553338-6 [On psychological aid to the population in the Russian Federation: Draft of the federal law 553338-6] [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://lawmon.ru/law/553338-6.html> (Accessed 06.09.2019).
13. Tarasova E.V., Cheremukhin A.D. Predstavleniya psikhologov-konsul'tantov ob eticheskikh tsennostyakh, professional'noi ustoiчивosti i zhiznesposobnosti v deyatel'nosti [The concepts of psychologists-consultants about ethical values, professional stability and vitality in activity] [Elektronnyi resurs]. *Universum: Psikhologiya i obrazovanie* [Universum: Psychology and Education], 2017, no. 4 (34). Available at: <http://7universum.com/ru/psy/archive/item/4615> (Accessed 06.09.2019).
14. Frokmorton U. Popytki izmenit' seksual'nyuyu orientatsiyu: eticheskie aspekty [Attempts to change sexual orientation: Ethical aspects]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal* [Moscow Psychotherapeutic Journal], 2006, no. 1, pp. 175—195.
15. Eticheskii kodeks psikhologa Rossiiskogo psikhologicheskogo obshchestva [Code of Ethics of the Russian Psychological Society] [Elektronnyi resurs]. Available at: https://kpfu.ru/docs/F432125249/Eticheskij.kodeks.psihol__ga.pdf (Accessed 06.09.2019).
16. Eticheskii kodeks Rossiiskoi psikhoterapevticheskoi assotsiatsii (RPA) ot 27.05.2019 [Code of Ethics of the Russian Psychotherapeutic Association] [Elektronnyi resurs]. Available at: <http://rpa-russia.ru/ecrpa/> (Accessed 06.09.2019).
17. American Counseling Association. 2014 ACA Code of Ethics [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.counseling.org/resources/aca-code-of-ethics.pdf> (Accessed 06.09.2019).
18. Bond T. Standards and Ethics for counseling in action. Los Angeles: Sage, 2000. 263 p.
19. Burkholder D., Burkholder J. Reasons for ethical misconduct of counseling students: what do faculty think? [Elektronnyi resurs]. *The Journal of Counselor Preparation and Supervision*, 2014. Vol. 6 (2). Available at: <https://repository.wcsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1063&context=jcps> (Accessed 06.09.2019). doi:10.7729/62.1063
20. Curran T., Hill A.P. Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 2019. Vol. 145 (4), pp. 410—429. doi:10.1037/bul0000138

21. Ebrulkiz F. Bahar M., Umut A. Trainee psychological counselors' understanding of ethics. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 2017. Vol. 6 (2), pp. 10–17.
22. Gwet K. Handbook of inter-rater reliability: the definitive guide to measuring the extent of agreement among raters. 4th ed. Gaithersburg, MD: Advanced Analytics, 2014. 410 p.
23. Herlihy B., Corey G. ACA ethical standards casebook. 7th ed. Alexandria: Wiley, 2014. 337 p.
24. Twenge J., Konrath S., Foster J., et al. Egos inflating over time: meta-analysis of the narcissistic personality inventory. *Journal of Personality*, 2008. Vol. 76 (4), pp. 875–902. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00507.x

Информация об авторах

Гаранян Наталья Георгиевна, доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1227-2682>, e-mail: garanian@mail.ru

Захарова Юлия Владимировна, клинический психолог, частная практика, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8517-8366>, e-mail: mail@zakharova.info

Сорокова Марина Геннадьевна, доктор педагогических наук, профессор кафедры прикладной математики факультета информационных технологий, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1000-6487>, e-mail: sorokovamg@mgppu.ru

Information about the authors

Natalia G. Garanyan, Doctor In Psychology, Professor, Department of Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1227-2682>, e-mail: garanian@mail.ru

Yuliya V. Zakharova, clinical psychologist, private practice, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8517-8366>, e-mail: mail@zakharova.info

Marina G. Sorokova, Doctor in Physics and Mathematics, Professor, Department of Applied Mathematics, Faculty of Informational Technologies, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1000-6487>, e-mail: sorokovamg@mgppu.ru

Получена 15.11.2019

Принята в печать 29.01.2020

Received 15.11.2019

Accepted 29.01.2020

«ЧТО МНЕ ДЕЛАТЬ СО СВОЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ?»: СТРАТЕГИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ (НА МАТЕРИАЛЕ ИНТЕРНЕТ-ФОРУМА)

А.В. МИКЛЯЕВА

ФГБОУ ВО РГПУ имени А.И. Герцена,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8389-2275>,
e-mail: a.miklyaeva@gmail.com

П.В. РУМЯНЦЕВА

ФГБОУ ВО РГПУ имени А.И. Герцена,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1871-7697>,
e-mail: polinarum@gmail.com

Статья посвящена проблеме психологического консультирования женщины в ситуации принятия решения о сохранении или искусственном прерывании беременности. Показано, что в современной российской практике психологического консультирования по вопросам, связанным с возможным искусственным прерыванием беременности, существует две основных парадигмы: «доабортное консультирование», направленное на предотвращение абортов, и «консультирование по проблеме репродуктивного выбора», предполагающее создание условий для того, чтобы женщина могла принять самостоятельное и ответственное решение относительно собственного будущего. В статье анализируются стратегии психологического консультирования по вопросам принятия клиенткой решения о сохранении или прерывании беременности. Материалом для исследования послужили открытые онлайн-консультации на профессиональном психологическом сайте b17.ru. Проанализировано 36 открытых консультаций общим объемом 1335 постов, в том числе 295 постов психологов-консультантов. Анализ осуществлялся с использованием методов индуктивного контент-анализа и кластерного анализа. В результате были выделены пять стратегий психологического консультирования по

вопросам репродуктивного выбора: «трансляция негативного отношения к аборту», «трансляция идеи о приемлемости аборта», «инфантилизация клиентки», «рациональный анализ ситуации» и «регулирование эмоционального состояния клиентки». Обсуждается проблема оценки последствий применения и эффективности этих стратегий.

Ключевые слова: репродуктивный выбор, доабортное консультирование, аборт, женщины, психологическое консультирование.

Для цитаты: *Микляева А.В., Румянцева П.В.* «Что мне делать со своей беременностью?»: стратегии психологического консультирования (на материале интернет-форума) // *Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 113—126. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280107>*

“WHAT SHOULD I DO WITH MY PREGNANCY?”: PSYCHOLOGICAL COUNSELING STRATEGIES (AS REFLECTED IN ONLINE DISCUSSION)

ANASTASIA V. MIKLYAEVA

Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8389-2275>,

e-mail: a.miklyaeva@gmail.com

POLINA V. RUMYANTSEVA

Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1871-7697>,

e-mail: polinarum@gmail.com

The paper addresses the problem of psychological counseling provided to a woman trying to decide whether to keep her pregnancy or terminate it. The authors argue that in modern Russian psychological counseling practice dealing with abortion-related issues there are two main approaches: pre-abortion counseling (aimed at abortion prevention) and reproductive choice counseling (trying to make it possible for a woman to come to her own autonomic and responsible decision regarding her own future). The paper analyzes the strategies of psychological counseling on the issue of keeping or terminating the pregnancy. The data was obtained from open online consultations on a Russian professional psychological platform b17.ru. We analyzed 36 consultations that consisted of 1335 posts in general, including 295 posts from the professional counselors. Inductive content analysis and cluster analysis methods were applied. As a result, five strategies of psychological counseling were defined: transmitting negative attitudes to abortion, transmitting the acceptance of abortion, infantilizing of the client, rational analysis of the situation and regulating the client's

emotional state. The issues of assessing the consequences and the effectiveness of these strategies are discussed.

Keywords: reproductive choice, pre-abortion counseling, abortion, women, psychological counseling.

For citation: Miklyayeva A.V., Rummyantseva P.V. "What Should I Do with My Pregnancy?": Psychological Counseling Strategies (As Reflected In Online Discussion). *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 113—126. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280107>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Несмотря на то, что в последнее время количество аборт в России снижается, аборт продолжает оставаться достаточно серьезной демографической проблемой. Согласно статистическим данным, в России ежегодно производится около миллиона абортов, 60% абортов приходится на прерывание первой беременности женщины, около 20% прерываний беременности приходится на женщин в возрасте до 18 лет [4].

В современном мире констатируется сложное и неоднозначное отношение к искусственному прерыванию беременности. Негативное отношение к абортам связано с социальными убеждениями, которые воспринимают материнство как неотъемлемую составляющую социальной роли женщины: стать матерью часто рассматривается как «высшее призвание» женщины, поэтому те, кто решил (даже временно) отказаться от этой роли, прервав беременность, часто сталкиваются с жесткой социальной критикой [6; 8]. В то же время, достаточно распространенной остается точка зрения, согласно которой возможность искусственного прерывания беременности является выражением права женщины распоряжаться собственным телом по своему усмотрению и принимать решения в отношении собственного будущего. Дискуссии, связанные с проблемой искусственного прерывания беременности, включают сегодня широкий спектр этических вопросов, обсуждения медицинских, социальных и психологических последствий аборта и т. д.

Возможность искусственного прерывания беременности в современной России регулируется Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», принятым в 2011 г., согласно которому существует обязательный период ожидания перед аборт, а также обязательное доабортное консультирование. Доабортное консультирование включает в себя очную встречу с психологом, работающим в государственном учреждении здравоохранения. Как показывает анализ современной российской литературы по данному вопросу, основная цель доабортного консультирования чаще всего воспринимается как «предотвращение абортов», основной задачей является формирование у женщины моти-

вазии к сохранению беременности и вынашиванию ребенка [2]. Одним из важных показателей доабортного консультирования, наряду с традиционными для психологического консультирования оценками удовлетворенности клиента и консультанта результатами совместной работы, является количество предотвращенных аборт.

Можно встретить и иную позицию по вопросам психологического консультирования женщин, находящихся в ситуации принятия решения об аборте. Так, в зарубежной литературе часто утверждается, что женщине необходима открытая и не осуждающая среда, в которой она могла бы выразить свои чувства и получить поддержку, не испытывая страха осуждения или негативной оценки [5]. Подчеркивается, что важно не психологизировать принятое женщиной решение, каким бы оно ни было [6]. Предполагается, что женщина в ситуации принятия решения о сохранении или прерывании беременности нуждается в консультационных услугах, которые включают возможность изучить межличностный контекст ее беременности и аборта во взаимодействии со специалистом, занимающим безоценочную и неосуждающую позицию [9]. Результаты исследований показывают, что дистресс после прерывания беременности усиливается в том случае, если женщина испытывала ограниченную самостоятельность в принятии решений или отсутствие эмоциональной поддержки [7]. Эту точку зрения можно найти и в некоторых работах российских авторов [1]. В целом, эта парадигма может быть названа «консультированием по вопросам репродуктивного выбора».

Таким образом, в современной российской практике психологического консультирования существует две парадигмы оказания психологической помощи женщине, находящейся в ситуации принятия решения о сохранении или искусственном прерывании беременности: «доабортное консультирование» и «консультирование по вопросам репродуктивного выбора». Основной целью доабортного консультирования является профилактика аборт. Доабортное консультирование опирается на позицию, отстаивающую право на жизнь с момента зачатия и выступающую за запрет аборт (так называемая «пролайфистская» позиция). В случае «консультирования по вопросам репродуктивного выбора» консультант создает условия для того, чтобы женщина могла прийти к самостоятельному и ответственному решению относительно собственного будущего. Такая парадигма требует непредвзятого отношения специалиста к любому решению, принятому клиенткой, готовности обсуждать возникающие у нее мысли, чувства, совершенные и потенциальные действия безоценочно.

Неоднозначность подходов к целям и содержанию психологического консультирования женщин, принимающих решение о сохранении или прерывании беременности, приводит к отсутствию единства представлений профессионального сообщества о том, как следует осуществлять такое консультирование, в чем проявляется его результативность и т. д. Сегодня

выбор той или иной парадигмы консультирования по вопросам сохранения или прерывания беременности — это личный выбор каждого специалиста, который он совершает в соответствии со своей профессиональной подготовкой и профессиональной позицией. Целью данного исследования было проанализировать стратегии, которые используются психологами при консультировании женщин, принимающих решение о сохранении или прерывании беременности, в ситуации неинституционализированного взаимодействия. Основные исследовательские вопросы заключаются в том, какова распространенность описанных парадигм в практике психологической помощи женщинам, в каких стратегиях консультирования реализуются эти парадигмы, с какими возможностями и трудностями сталкиваются психологи, консультирующие женщин по проблемам принятия решения о сохранении или прерывании беременности. В качестве основной гипотезы исследования выступило предположение о том, что при взаимодействии с женщиной, находящейся в ситуации репродуктивного выбора, психологи-консультанты используют различные коммуникативные стратегии, отражающие сложившиеся парадигмы оказания психологической помощи в данной сфере, проявляющиеся в определенных наборах коммуникативных действий.

Материалы и методы

Материал исследования составили 36 открытых онлайн-консультаций по вопросам, связанным с принятием женщиной решения о сохранении или прерывании беременности, размещенных на портале b17.ru. Данный портал является одной из крупнейших интернет-площадок для размещения информации о практикующих психологах и психологической помощи, а также оказания психологической помощи онлайн. Специалисты, консультирующие в пространстве портала — это профессионалы в области психологического здоровья (в основном психологи и немедицинские психотерапевты). Для получения регистрации на сайте им необходимо указать свои настоящие имена и предоставить администрации сайта сведения о своей профессиональной квалификации, включая официальные документы о профессиональном образовании. Психологическое консультирование онлайн, безусловно, не является эквивалентом очного взаимодействия между клиентом и психологом, однако может рассматриваться как одна из моделей профессионального психологического взаимодействия.

Все онлайн-консультации, отобранные для анализа, начинались с сообщения женщины, столкнувшейся с ситуацией незапланированной беременности и обращавшейся к психологу за помощью в принятии решения относительно сохранения или прерывания беременности.

В качестве специалистов, осуществлявших консультирование онлайн, выступили 36 психологов и психотерапевтов, из них 33 женщины и 3 мужчины, средний возраст 41,7 лет, 77,8% состоят в браке и 38,9% имеют детей (по данным их личных презентаций, размещенных на портале). Большинство консультантов позиционируют себя как представители недирективных подходов в психотерапии и психологическом консультировании, включая клиент-центрированный и экзистенциальный подходы, арт-терапию, системную семейную терапию, гештальт-терапию и другие.

Анализируемые онлайн-консультации содержали в совокупности 1335 сообщений, из которых авторами 295 сообщений были консультанты, остальные сообщения принадлежали женщине-инициатору запроса или другим пользователям портала. Анализу были подвергнуты сообщения, авторами которых являлись психологи-консультанты.

Анализ осуществлялся в два этапа. На первом этапе с помощью индуктивного контент-анализа определялись виды коммуникативных действий, используемых консультантами. Затем определялась статистическая устойчивость выделенных категорий с использованием ϕ -критерия Фишера [3]. На втором этапе анализа коммуникативные действия консультантов, продемонстрировавшие удовлетворительный уровень статистической устойчивости, были подвергнуты кластерному анализу для определения наиболее типичных стратегий консультирования. Кластерный анализ осуществлялся с помощью пакета прикладных статистических программ Statistica 10.0 для Windows.

Результаты исследования и обсуждение

Контент-анализ выявил 152 различных коммуникативных действия, используемых специалистами, из которых 138 оказались статистически устойчивыми. С помощью индуктивного контент-анализа они были сгруппированы в 12 групп, представляющих собой виды коммуникативных действий специалиста в ситуации консультирования женщины, принимающей решение о сохранении или прерывании беременности (табл. 1).

Как видно из табл. 1, коммуникативные действия, используемые психологами-консультантами, неоднородны. Некоторые из них связаны преимущественно с содержанием запроса клиентки, тогда как другие в большей степени отражают личностную позицию консультанта в отношении искусственного прерывания беременности.

Коммуникативные действия, связанные с содержанием запроса клиентки, представлены, на наш взгляд, поддержкой, прояснением, формулированием рекомендаций в режиме ответов на заданный клиенткой вопрос и информированием. Психологическая поддержка представле-

Таблица 1

**Виды коммуникативных действий консультанта
(по результатам контент-анализа)**

Виды действий	Суммарная частота
Поддержка	14,3 %
Рекомендации по способам принятия решения	14,3 %
Прогноз	12,8 %
Прояснение	8,6 %
Идентификация запроса как проблемы ответственности за выбор	7,2 %
Оценка допустимости аборта	7,2 %
Рекомендации обратиться за помощью очно	7,2 %
Информирование	6,3 %
«Подстройка в будущее»	5,2 %
Оценка личности клиентки и ее партнера	5,9 %
Рассказ об опыте	3,9 %
Рекомендации по способам саморегуляции эмоционального состояния	2,6 %

на преимущественно выражением понимания ситуации консультантом (удельная частота 0,123), что, вероятно, можно рассматривать как реакцию на высокоэмоциональные сообщения, размещенные клиенткой. Прояснение ситуации представлено уточнением запроса (0,033), прояснением обстоятельств жизни клиентки (0,020), ее мыслей и чувств (0,020), религиозных взглядов (0,013) и чаще всего связано с ограниченным объемом информации в первых сообщениях клиенток. Довольно часто консультанты поддерживают женщину в стремлении обратиться за помощью в принятии решения к партнеру (0,033) или к родителям (0,039), а также предлагают отложить решение на некоторое время (0,020) или составить список «за» и «против» каждой из возможных альтернатив (0,026). Информирование включает в себя как сведения о психологических аспектах беременности и аборта (0,020), так и о медицинских аспектах данной проблемы (0,046), которые, вероятно, не в полной мере находятся в сфере профессиональной компетенции консультанта.

Коммуникативные действия, связанные преимущественно с трансляцией личной позиции консультанта по отношению к аборту, представлены прямыми оценками допустимости (недопустимости) аборта, причем чаще всего эти оценки транслируют негативное отношение консультанта к искусственному прерыванию беременности (0,059 против 0,013), оценками личности клиентки и/или ее партнера, в которых преобладают не-

гативные оценки (0,033), обозначение поведения клиентки как незрелого (0,026). Также консультант иногда дает прогноз развитию событий в случае того или иного решения клиентки, который в подавляющем большинстве случаев связан с предвосхищением негативных последствий аборта (0,043) и позитивных последствий решения о сохранении беременности (0,039). Прогноз обычно используется как способ подтвердить личное отношение консультанта к аборту своими профессиональными знаниями. Также довольно тенденциозными выглядят рассказы консультантов о личном опыте или опыте других людей: среди них преобладают истории, поддерживающие принятие решения о сохранении беременности и отказе от возможности аборта (0,039). В целом, соотношение установок «против возможности аборта» и «за возможность аборта» выражается удельными частотами 0,239 и 0,043 соответственно.

Остальные коммуникативные действия консультантов, представленные в табл. 1 («подстройка в будущее», идентификация запроса клиентки как проблемы выбора и ответственности, информирование о приемах регуляции эмоционального состояния), судя по всему, фиксируют использование консультантами соответствующих техник психологического консультирования.

Кластерный анализ позволил сгруппировать охарактеризованные коммуникативные действия в стратегии, которые используют консультанты во взаимодействии с клиентками, находящимися в ситуации принятия решения о сохранении или прерывании беременности. По итогам кластерного анализа было идентифицировано пять таких стратегий (табл. 2).

Таблица 2

Стратегии консультирования в ситуации принятия клиенткой решения о сохранении или прерывании беременности (по результатам кластерного анализа)

Кластер / тип стратегии	Подкластер / стратегия (частота)	Коммуникативные действия
Контакт с собственной оценкой ситуации	Трансляция негативной оценки аборта (16,7%)	Негативная оценка возможности выбора аборта; информирование о медицинских последствиях аборта; рассказ о собственном негативном опыте аборта и позитивном опыте материнства; рекомендация посмотреть конкретный фильм, прочитать книгу, негативный прогноз развития эмоционального состояния в случае аборта; положительный прогноз эмоционального состояния в случае сохранения беременности и рождения ребенка

Кластер / тип стратегии	Подкластер / стратегия (частота)	Коммуникативные действия
Контакт с собственной оценкой ситуации	Трансляция идеи допустимости аборта (8,4%)	Информирование в отношении медицинских аспектов беременности и аборта; положительная оценка возможности аборта в конкретных обстоятельствах; негативный прогноз развития эмоционального состояния в ситуации сохранения беременности
Контакт с клиенткой	Инфантилизация клиентки (11,1%)	Рассказ о негативном опыте аборта и позитивном опыте материнства у третьих лиц. Негативная оценка личности клиентки; интерпретация поведения клиентки как незрелого; рекомендация привлечь к решению родителей; рекомендация обратиться к психологу очно; рекомендация посещения курсов дородовой подготовки; рекомендация постабортного консультирования
	Рациональный анализ ситуации (41,6%)	Прояснение отдельных обстоятельств; информирование о существующих способах аборта; прояснение религиозных взглядов; акцентирование допустимости любого выбора; рекомендация проанализировать возможные последствия выбора; негативный прогноз развития эмоционального состояния вне зависимости от принятого решения; «подстройка в будущее» в ситуации сохранения беременности; «подстройка в будущее» в ситуации прерывания беременности
	Регуляция эмоционального состояния клиентки (22,2%)	Выражение поддержки, поиск поддерживающих ресурсов; информирование об закономерных стадиях принятия факта беременности; прояснение запроса, прояснение чувств; негативная оценка партнера; акцентирование внимания на необходимости самостоятельного решения; акцентирование внимания на необходимости принимать решение здесь и сейчас; рекомендация привлечь к принятию решения партнера; рекомендация отложить решение; рекомендация действовать в соответствии с притчей, восточной мудростью; рекомендация использовать релаксационные техники; рекомендация не разговаривать с эмбрионом; негативный прогноз личностного развития будущих детей в случае аборта

Кластерный анализ позволил выделить два кластера (LD=9,4), которые, судя по их содержанию, отражают основную направленность коммуникативных действий консультанта. Часть из них соответствует запросу клиентки (этот кластер назван нами «стратегиями контакта с клиенткой»), другие — с собственными установками консультанта в отношении абортот («стратегии контакта с собственной оценкой ситуации»). Кластер «стратегии контакта с собственной оценкой ситуации» объединяет 25,5% всех коммуникативных действий консультантов и включает два подкластера (LD=6,9): «трансляция негативной оценки аборта» (16,7%) и «трансляция идеи допустимости аборта» (8,4%). Кластер «стратегии контакта с клиенткой» объединяет 74,5% коммуникативных действий консультантов и включает три подкластера (LD=5,2): «рациональный анализ ситуации» (41,6%), «регуляция эмоционального состояния клиентки» (22,2%) и «инфантилизация клиентки» (11,1%).

Интерпретируя полученные данные, отметим, что, судя по всему, психологу-консультанту в некоторых случаях довольно трудно оставаться в границах профессиональной позиции в ситуации консультирования женщин по такому эмоционально и ценностно нагруженному вопросу, как принятие решения о сохранении или прерывании беременности. В некоторых случаях (25,5%) консультанты склонны передавать свое личное отношение к аборту (и к тому, приемлемо ли это), и это отношение довольно часто происходит из собственного личного опыта. Можно предположить, что тенденция к трансляции преимущественно негативного отношения к аборту в психологическом консультировании (16,8%) отражает тот факт, что данная стратегия согласуется с наиболее распространенными в силу своей институционализированности взглядами на цели консультирования по вопросам сохранения или прерывания беременности. Однако следует отметить, что в этом случае психолог обычно слишком эмоционально вовлечен в вопросы абортов, поэтому фокус обсуждения меняется с актуальных проблем женщины-клиентки на собственные чувства и убеждения психолога. Мы серьезно сомневаемся, что эта позиция может быть эффективной с точки зрения главной цели консультирования по репродуктивному выбору, т. е. создания особой среды, способной поддержать собственный ответственный выбор женщины относительно ее будущего. Мы также предполагаем, что доабортное консультирование, предоставляемое российскими государственными учреждениями здравоохранения, может ухудшить эмоциональное состояние женщины, поскольку часто вызывает чувство вины и различные страхи, в том случае, если оно сфокусировано на единственной цели — предотвратить аборт (этот факт часто описывают женщины, делясь своим опытом на разных интернет-форумах). С нашей точки зрения, влияние психологического консультирования, предоставляемого в рамках «пролайфистской» позиции, на психологическое бла-

гополучие женщины представляет собой серьезную исследовательскую проблему и требует отдельного изучения.

Если психологу удастся удерживать фокус своего профессионального внимания на клиентке (а не на его собственных чувствах, установках или убеждениях), то он чаще всего использует одну из следующих стратегий:

1. Рациональный анализ ситуации, попытка прояснить взгляды клиентки, подчеркивание важности собственного выбора женщины. Эмоциональные реакции женщины обычно игнорируются или недооцениваются. Результаты показывают, что эта стратегия наиболее часто используется консультантами в нашей выборке (41,6%), однако, возможно, столь высокая распространенность данной стратегии связана со спецификой интернет-коммуникации, в которой проявления эмоциональных реакций ограничены, и на первый план выходит вербальное взаимодействие.

2. Регуляция эмоционального состояния, которая включает психологическую поддержку, совет искать поддерживающие отношения или какие-то определенные методы эмоциональной саморегуляции (22,2%). Но специалисты, использующие эту стратегию, редко пытаются прояснить эмоциональный опыт женщины или сделать его более конкретным, как и в случае стратегии «рационального анализа ситуации».

3. Инфантилизация клиентки. Эта стратегия используется тогда, когда психолог рекомендует обратиться за советом к кому-то «более опытному» (например, родителю или профессионалу) и/или интерпретирует саму идею о возможности прерывания беременности как проявление личностной незрелости (11,1%).

Эти стратегии, вероятно, в большей степени являются соответствующими профессиональной позиции психолога, потому что в центре внимания специалиста в этом случае находится клиентка и ее запрос, однако следует отметить, что преобладающими коммуникативными действиями в этих случаях становятся обращение к когнитивной сфере клиентки и интерпретации ее поведения. Стратегии, ориентированные на чувства клиентки, встречаются гораздо реже. При использовании этих стратегий психолог обычно пытается снизить интенсивность эмоциональных переживаний клиентки и избегает обсуждения ее текущего эмоционального состояния. Можно предположить, что специалист иногда чувствует, что не готов иметь дело с эмоциями клиентки, и выбирает более «безопасные» рационально ориентированные стратегии.

Выводы

В современной российской практике психологической помощи женщинам, оказавшимся в ситуации принятия решения о сохранении или

прерывании беременности, сложилось две парадигмы: «доабортное консультирование», направленное на предотвращение абортов, и «консультирование по проблеме репродуктивного выбора», предполагающее создание условий для того, чтобы женщина могла принять самостоятельное и ответственное решение относительно собственного будущего.

В ситуации психологического консультирования онлайн данные парадигмы оказания психологической помощи могут быть реализованы в виде пяти основных коммуникативных стратегий психолога-консультанта: трансляция негативной оценки аборта, трансляция идеи допустимости аборта, рациональный анализ ситуации, регуляция эмоционального состояния, инфантилизация клиентки.

Выбор первых двух стратегий подразумевает смещение фокуса консультационного процесса с клиентки на ценности и установки консультанта, содержанием процесса оказания психологической помощи становится трансляция женщине взглядов специалиста.

Три последующие стратегии предполагают фокусирование процесса консультирования на клиентке, ее выборе, ее запросе. На наш взгляд, эти стратегии в большей степени свидетельствуют о том, что специалисту удается сохранять профессиональную позицию. Однако, используя данные стратегии, психологи-консультанты склонны сосредотачиваться на когнитивной сфере клиентки, уделяя значительно меньше внимания ее эмоциональному состоянию.

В заключение отметим, что результаты нашего исследования позволяют охарактеризовать феноменологию стратегий психологического консультирования женщин, сталкивающихся с проблемой продолжения или прерывания беременности, но об эффективности этих стратегий пока известно очень мало. Этот вопрос требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блох М.Е., Добряков И.В. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья // Журнал акушерства и гинекологии. 2013. Т. 62. № 3. С. 16—19.
2. Варшавская М.И., Фридман А.А., Шерман Е.М. Медико-психологическое консультирование беременных с целью профилактики абортов // Управление качеством медицинской помощи. 2015. № 1—2. С. 31—35.
3. Еремеев Б.А. Статистические процедуры при психологическом изучении текста. СПб.: Образование, 1996. 92 с.
4. Халюкина Е.В., Соломатина А.С. Аборт как этико-социальная проблема современности // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2017. Т. 6. № 1. С. 60.
5. Baker A. Pro-voice: How to keep listening when the world wants a fight. Oakland, CA: Berrerr-Koehler, 2015. 240 p.

6. Cote I., Lapierre S. Abortion and domestic violence: Woman's decision-making process // *Journal of Woman and Social Work*. 2014. Vol. 29 (3). P. 285—297. doi:10.1177/0886109913519791
7. Hoggart L. "I'm pregnant... what am I going to do?" An examination of value judgments and moral frameworks in teenage pregnancy decision making // *Health, Risk and Society*. 2012. Vol. 14 (6). P. 533—549. doi:10.1080/13698575.2012.706263
8. Huang Y., Davies P.G., Sibley C.G., et al. Benevolent sexism, attitudes toward motherhood, and reproductive rights: A multi-study longitudinal examination of abortion attitudes // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2016. Vol. 42 (7). P. 970—984. doi:10.1177/0146167216649607
9. Katz J. Advocacy above the fray? Limitations of the pro-voice approach to supporting abortion patients // *Feminism and Psychology*. 2017. Vol. 27 (2). P. 243—250. doi:10.1177/0959353517696514

REFERENCES

1. Blokh M.E., Dobryakov I.V. Psikhologicheskaya pomoshch' v kompleksnom podkhode k resheniyu problem reproduktivnogo zdorov'ya [Psychological help in the frame of complex approach to reproductive health issues]. *Zhurnal akusherstva i ginekologii* [Journal of Obstetrics and Gynecology], 2013. Vol. 62 (3), pp. 16—19.
2. Varshavskaya M.I., Fridman A.A., Sherman E.M. Mediko-psikhologicheskoe konsul'tirovanie beremennykh s tsel'yu profilaktiki abortov [Medical and psychological counseling for pregnant women aimed at abortion prevention]. *Upravlenie kachestvom meditsinskoy pomoshchi* [Quality of care management], 2015, no. 1—2, pp. 31—35.
3. Ereemeev B.A. Statisticheskie protsedury pri psikhologicheskom izuchenii teksta [Statistical methods in psychological analysis of a text]. Saint Petersburg: Obrazovanie, 1996. 92 p.
4. Khalyukina E.V., Solomatina A.S. Abort kak etiko-sotsial'naya problema sovremennosti [Abortion as a modern ethical and social issue]. *Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsii* [Bulletin of Medical Internet Conferences], 2017. Vol. 6 (1), p. 60.
5. Baker A. Pro-voice: How to keep listening when the world wants a fight. Oakland, CA: Berrerr-Koehler, 2015. 240 p.
6. Cote I., Lapierre S. Abortion and domestic violence: Woman's decision-making process. *Journal of Woman and Social Work*, 2014. Vol. 29 (3), pp. 285—297. doi:10.1177/0886109913519791
7. Hoggart L. "I'm pregnant... what am I going to do?" An examination of value judgments and moral frameworks in teenage pregnancy decision making. *Health, Risk and Society*, 2012. Vol. 14 (6), pp. 533—549. doi:10.1080/13698575.2012.706263
8. Huang Y., Davies P.G., Sibley C.G., et al. Benevolent sexism, attitudes toward motherhood, and reproductive rights: A multi-study longitudinal examination of abortion attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2016. Vol. 42 (7), pp. 970—984. doi:10.1177/0146167216649607
9. Katz J. Advocacy above the fray? Limitations of the pro-voice approach to supporting abortion patients. *Feminism and Psychology*, 2017. Vol. 27 (2), pp. 243—250. doi:10.1177/0959353517696514

Информация об авторах

Микляева Анастасия Владимировна, доктор психологических наук, профессор, ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена» (ФБГОУ ВО РГПУ имени А.И. Герцена), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8389-2275>, e-mail: a.miklyaeva@gmail.com

Румянцева Полина Витальевна, кандидат психологических наук, доцент, ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена» (ФБГОУ ВО РГПУ имени А.И. Герцена), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1871-7697>, e-mail: polinarum@gmail.com

Information about the authors

Anastasia V. Miklyaeva, Doctor in Psychology, Professor, Human psychology department, Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8389-2275>, e-mail: a.miklyaeva@gmail.com

Polina V. Rumyantseva, Ph.D. (Psychology), Associate Professor, Human psychology department, Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1871-7697>, e-mail: polinarum@gmail.com

Получена 23.04.2019

Received 23.04.2019

Принята в печать 29.01.2020

Accepted 29.01.2020

СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

В.С. СОБКИН

ФГБНУ «ИУО РАО», г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2339-9080>,
e-mail: sobkin@mail.ru

А.В. ФЕДОТОВА

ФГБНУ «ИУО РАО», г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4960-8183>,
e-mail: alexandrafedotova@rambler.ru

Анализируются особенности нормативной регуляции полового поведения в подростковом возрасте. Проводится сопоставление различных типов отношения к возрастной запретительной норме с ценностными ориентациями, эмоциональным благополучием, оценкой жизненных перспектив и стилями сексуального поведения. Метод: анонимный анкетный опрос 1540 учащихся 7-го, 9-го и 11-го классов общеобразовательных школ. С помощью специально сконструированных вопросов выявляются типы отношения подростков к возрастной ограничительной норме, регулирующей сексуальное поведение, особенности их жизненной позиции и стилей сексуального поведения. Результаты. Выявлена гендерная и возрастная специфика выбора подростками разных вариантов отношения к норме запрета на вступление в половые отношения. Показано, что среди девочек заметно выше доля тех, кто склонен придерживаться запретительной нормы. Выделены возрастные этапы в изменении отношения подростков к нормам, регулирующим допустимость вступления в сексуальные отношения у мальчиков и девочек. Выводы. Снятие возрастной нормы запрета на вступление в половые отношения связано с общими ценностными трансформациями в жизненной позиции на этапе подростничества.

Ключевые слова: подростковый возраст, сексуальные отношения, запретительная норма, жизненная позиция, стили сексуального поведения, гендерная специфика, возрастная динамика.

Для цитаты: Собкин В.С., Федотова А.В. Сексуальное поведение и жизненные ориентации в подростковом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 127–147. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280108>

SEXUAL BEHAVIOR AND ATTITUDES TO LIFE IN ADOLESCENCE

VLADIMIR S. SOBKIN

Institute of Education Management of the Russian Academy of Education,
Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2339-9080>,

e-mail: sobkin@mail.ru

ALEKSANDRA V. FEDOTOVA

Institute of Education Management of the Russian Academy of Education,
Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4960-8183>,

e-mail: alexandrafedotova@rambler.ru

The paper analyses the peculiarities of norms regulating sexual activity in adolescence. Various types of attitudes towards norms restricting sexual activity in adolescence are matched with respondents' life values, emotional well-being, evaluation of their future perspectives and styles of sexual behavior. Methods. The data was obtained in an anonymous survey that involved 1540 students of 7th, 9th and 11th grades of secondary and high schools. Questions were aimed at exploring the types of adolescents' attitudes towards the age-related restricting norm regulating sexual activity, their life attitudes, and styles of sexual behavior. Results. The data reveals gender and age specifics concerning various types of adolescents' attitudes towards restriction in sexual activity. Girls are more likely to follow the restricting norm. We distinguished between developmental stages in the transformation of girls' and boys' attitudes towards norms regulating admissibility of sexual activity. Conclusion. The results allow us to conclude that the dismissal of the age-related norm restricting sexual activity in adolescence is linked to the basic value transformations in adolescence.

Keywords: adolescence, sexual activity, prohibitive norm, life attitude, style of sexual behavior, gender specifics, developmental dynamics.

For citation: Sobkin V.S., Fedotova A.V. Sexual Behavior and Attitudes to Life in Adolescence. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 127–147. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280108>. (In Russ., abstr. in Engl.)

При анализе особенностей подросткового возраста проблема сексуального поведения традиционно является одной из центральных. В

ее обсуждении активно участвует широкий круг специалистов: физиологи, сексологи, психологи, педагоги, юристы, социологи, культурологи. Каждый из них рассматривает ее под особым углом зрения, что, в свою очередь, свидетельствует о комплексности самой проблемы. Во многом попытка подобного комплексного подхода была предпринята в 1920—1930 гг. отечественными педологами, которые, пытаясь преодолеть психоаналитический подход акцентировали специальное внимание на социальных и воспитательных аспектах [14]. Важное место здесь отводилось вопросам возрастных и гендерных различий, психологическим характеристикам этапов начала половой жизни, стилям и нормам регуляции сексуального поведения [1—4]. Однако после разгрома педологии эта линия комплексных исследований была прервана на долгие годы, а сама тема табуирована. Вновь она стала открыто активно обсуждаться лишь в середине 80-х в связи с глобальными социокультурными трансформациями, которые оказали серьезное влияние и на сферу сексуальных отношений [5—7]. Сегодня отечественные работы учитывают основные направления исследований сексуального поведения в подростковом возрасте, которые активно проводятся и за рубежом. При этом особое внимание отводится стадии сексуального дебюта, вопросам безопасности и полового воспитания [15—22].

Настоящая статья продолжает цикл наших исследований, посвященных сексуальному поведению в подростковом возрасте, которые были начаты еще в середине 90-х гг. [8—13]. Здесь будут рассмотрены три темы: 1) отношение подростков к возрастной запретительной норме на вступление в половые отношения; 2) взаимосвязь разных вариантов отношения к норме запрета с жизненной позицией подростка; 3) стилевые особенности сексуального поведения в связи с отношением к норме.

Основные гипотезы исследования:

1. Содержательные особенности соблюдения запретительной нормы на вступление в сексуальные отношения зависят от гендерных и возрастных факторов.
2. Тип отношения к запретительной норме связан с особенностями жизненной позиции подростка.
3. Переживание конфликта нарушения нормы проявляется у подростков, придерживающихся определенных стилей сексуального поведения.

Метод

Методика. В рамках программы исследования девиантного поведения подростков сотрудниками Центра социологии образования ИУО РАО был разработан специальный инструментарий — анкета, состоящая

из 143 закрытых, шкальных и открытых вопросов, касающихся различных аспектов отношения подростков к девиантным формам поведения и здоровому образу жизни. В настоящей статье будут использованы данные ответов на вопросы относительно возрастных норм на вступление в сексуальные отношения и стилей сексуального поведения, а также ответы на вопросы, позволяющие охарактеризовать жизненную позицию подростка: ценностные ориентации, представления о будущей успешности, сформированность планов.

Выборка. С помощью разработанного инструментария среди учащихся общеобразовательных школ был проведен анонимный опрос, в котором приняли участие 1540 респондентов (подростки, обучающиеся в 7, 9 и 11 классах).

Полученные в ходе опроса материалы обработаны при помощи программ MS Excel, Statistica, SPSS. При статистическом анализе результатов были применены критерии значимости различий между ответами исследуемых подвыборок респондентов.

Результаты и их обсуждение

В соответствии с гипотезами основные результаты сгруппированы по трем разделам. В первом обсуждаются гендерные и возрастные аспекты отношения к возрастной запретительной норме на вступление в половые отношения, во втором — связь отношения к норме с ценностными ориентациями, а в третьем — норма и стили сексуального поведения.

1. Подростки о допустимости сексуальных отношений: гендерные различия и возрастная динамика. Для выяснения отношения подростков к возрастной ограничительной норме, регулирующей сексуальное поведение, им задавался вопрос с пятью вариантами ответа.

1. «Я считаю, что сексуальные контакты недопустимы в моем возрасте, и не веду половую жизнь» (ориентировка на принятие возрастной ограничительной нормы и следование ей на поведенческом уровне).

2. «Я считаю, что сексуальные контакты вполне допустимы в моем возрасте, но сам(а) не веду половую жизнь» (норма не признается безусловной, но подросток ей следует).

3. «Я понимаю, что в моем возрасте еще рано вступать в сексуальные отношения, но, тем не менее, веду половую жизнь» (сексуальные отношения переживаются как конфликтные).

4. «Я считаю, что сексуальные контакты совершенно естественны в моем возрасте, и веду половую жизнь» (у подростка отсутствует конфликт).

5. «Я затрудняюсь ответить» (уход от ответа).

Полученные данные показывают, что треть респондентов (33,5%) «считают сексуальные контакты недопустимыми в их возрасте и не ведут половую жизнь»; причем среди девочек доля таких ответов существенно выше, чем среди мальчиков (соответственно — 41,6% и 23,4%; $p \leq 0,001$). Каждый седьмой (14,8%) уже «не считает обязательным соблюдение данной нормы и ведет половую жизнь»; выбор этого варианта ответа, напротив, существенно выше среди мальчиков (соответственно — 21,1% и 9,5%; $p \leq 0,001$).

Следует обратить специальное внимание на два других варианта ответа, которые предполагают переживание своеобразного конфликта между отношением к возрастной запретительной норме и реальным сексуальным поведением. Так, треть подростков (33,6%) считают, что соблюдение нормы запрета на вступление в сексуальные отношения «совершенно не обязательно в их возрасте, однако сами они не ведут половую жизнь». При этом показательно, что относительно частоты выбора данного варианта различия между мальчиками и девочками отсутствуют. Наиболее же важным в психологическом отношении является вариант ответа, где явно обозначен конфликт между ориентацией на соблюдение нормы и ее нарушением на поведенческом уровне: «я понимаю, что в моем возрасте еще рано вступать в сексуальные отношения, но, тем не менее, веду половую жизнь». Этот тип ответа выбирает почти каждый десятый подросток — 7,2%. Заметим, что данный вид поведения более характерен для мальчиков по сравнению с девочками (соответственно — 8,5% и 5,8%; $p \leq 0,05$).

В целом, приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что в подростковой среде отчетливо проявляются гендерные различия относительно принятия возрастной нормы, запрещающей половые связи: среди девочек заметно выше доля тех, кто склонен придерживаться запретительной нормы, тогда как мальчики, напротив, чаще склонны отвергать возрастные запреты.

Особый интерес представляет анализ возрастной динамики ответов учащихся. Материалы исследования свидетельствуют о том, что на рубеже 9-го и 11-го классов в отношениях подростков к «запрету» на сексуальные контакты происходят заметные изменения (рис. 1).

Предваряя обсуждение приведенных на рис. 1 данных, отметим, что они не учитывают долю подростков, выбравших вариант «затрудняюсь ответить»: в каждой возрастной когорте таких 10—12%. Отраженные на диаграмме результаты позволяют выделить два возрастных этапа, когда происходит явное изменение отношения подростков к нормам, регулирующим допустимость вступления в сексуальные отношения. Так, на рубеже 9-го класса явно снижается доля тех подростков, кто считает недопустимым ведение половой жизни в их возрасте, и параллельно уве-

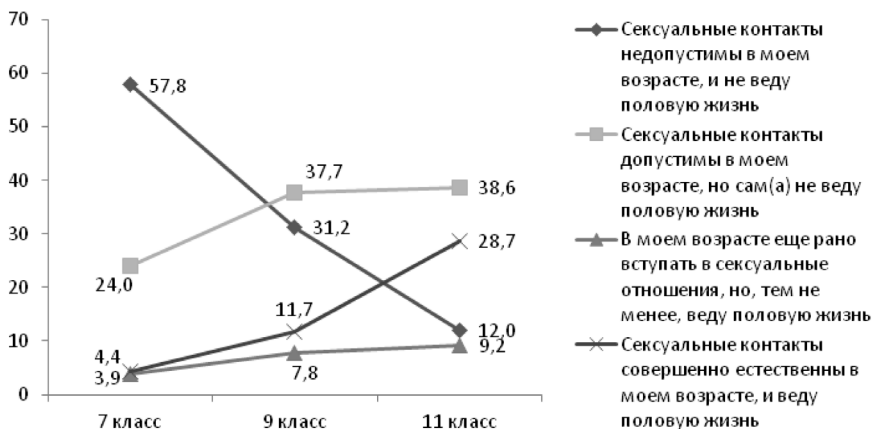


Рис. 1. Возрастная динамика изменения отношения подростков к запретительным нормам, регулирующим сексуальные контакты (%)

личивается число допускающих возможность вступления в сексуальные отношения, но не ведущих половую жизнь. Увеличивается и доля ведущих половую жизнь (суммарно до 19,5%). Иная ситуация отношения к сексуальным контактам характерна для учащихся выпускных классов: к 11-му классу лишь небольшое число учащихся безусловно принимают запретительную норму (12%), и в то же время более четверти (28,7%) «считают подобные контакты в их возрасте совершенно естественными и ведут половую жизнь». Суммарно же доля тех, кто имеет опыт сексуальных отношений, составляет 37,9%.

Характерны и возрастные различия между ответами мальчиков и девочек. Причем гендерные различия, связанные с отказом от соблюдения возрастной нормы, становятся все более значимыми по мере взросления учащихся (рис. 2). На рубеже 9-го класса среди мальчиков происходит явная переориентация на допустимость сексуальных отношений именно на поведенческом уровне. Среди девочек же этот сдвиг происходит лишь в 11-м классе, и в этом контексте можно говорить о явных различиях в отношении к сексуальным контактам в мужской и женской подростковых субкультурах.

В целом сопоставление возрастной динамики ответов мальчиков и девочек позволяет выделить особую логику культурной регуляции сексуального поведения: на первом этапе (7–9-й классы) снижается значимость безусловного принятия запретительной нормы в подростковой среде и лишь после этого (9–11-й классы) происходят явные изменения и на поведенческом уровне.

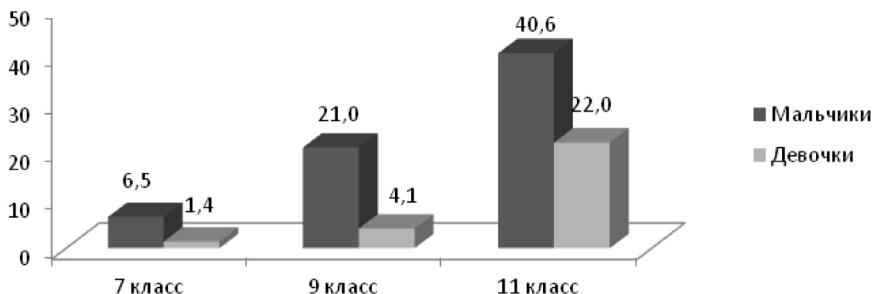


Рис. 2. Доля мальчиков и девочек в разных возрастных когортах, считающих, что «сексуальные контакты совершенно естественны в их возрасте, и ведущих половую жизнь» (%)

2. Отношение к запретительной норме и жизненные ориентации подростков. Помимо проведенного выше анализа влияния возрастных и гендерных факторов на отношение учащихся к ограничительной возрастной норме относительно сексуальных контактов, особый интерес представляет анализ взаимосвязей рассматриваемых выше четырех вариантов отношения к соблюдению этой нормы с теми или иными жизненными ориентациями подростка: а) оценкой успешности реализации своих личных перспектив; б) сформированностью жизненных планов; в) значимостью тех или иных ценностей.

С целью выявления таких взаимосвязей был проведен факторный анализ полученных эмпирических данных (метод главных компонент с вращением варимакс Кайзера). Это позволило выделить взаимосвязи между разными аспектами жизненных ориентаций, которые обусловлены разными вариантами отношения к запретительной норме: М1, Д1 — мальчики, девочки, считающие, что «сексуальные контакты недопустимы в их возрасте, и не ведущие половую жизнь»; М2, Д2 — мальчики, девочки, считающие, что «сексуальные контакты вполне допустимы в их возрасте, но не ведущие половую жизнь»; М3, Д3 — мальчики, девочки, считающие, что «в их возрасте еще рано вступать в сексуальные отношения, но ведущие половую жизнь»; М4, Д4 — мальчики, девочки, считающие, что «сексуальные контакты совершенно естественны в их возрасте, и ведущие половую жизнь».

Обратимся к рассмотрению структурных особенностей пяти выделенных факторов, которые описывают 91,5% общей суммарной дисперсии.

Первый биполярный фактор F1 (33,4% общей суммарной дисперсии) имеет следующую структуру (табл. 1). Положительный полюс фактора (F1+) характеризует сомнение в успешности своей будущей жизни. При

этом показательно, что сомнение в успешности коррелирует с ценностной значимостью творческой деятельности. Отрицательный же полюс фактора определяют оптимизм, уверенность в завтрашнем дне и такая ценность, как здоровье (F1—). В целом, содержание этого фактора можно задать через оппозицию «сомнения в успехе, творчество — уверенность и оптимизм, здоровье».

Таблица 1

Структура биполярного фактора 1

Содержание пункта (полюс)	Нагрузки
Есть сомнения в том, что жизнь сложится удачно (F1+)	0,87
Возможность творческой деятельности (F1+)	0,54
С уверенностью и оптимизмом смотрю в завтрашний день (F1-)	-0,94
Здоровье (F1-)	-0,86

Структура фактора F2 (21,8% общей дисперсии) имеет следующий вид: положительный полюс данного фактора (F2+) определяет желание «жить сегодняшним днем», в то время как его отрицательный полюс (F2—) характеризуют проблематизация своего будущего («не могу определиться») и значимость микросоциального окружения сверстников («близких друзей»). Таким образом, данный фактор можно интерпретировать через оппозицию «ситуативность поведения — проблематизация будущего, друзья» (табл. 2).

Таблица 2

Структура биполярного фактора 2

Содержание пункта (полюс)	Нагрузки
Предпочитаю думать о сегодняшнем дне, а не строить всевозможные проекты (F2+)	0,93
Думаю о своем будущем, но не могу определиться (F2-)	-0,90
Наличие близких друзей (F2-)	-0,83

Заметим, что если первый фактор (F1) определяет оппозицию относительно эмоциональной оценки жизненных перспектив, то второй фактор (F2) связан с особенностями планирования своего будущего.

Биполярный фактор F3 (16,5% общей дисперсии) включает 4 пункта (табл. 3). Положительный полюс (F3+) задан такими ценностями, как хорошие отношения с родителями и повышение уровня образования; отрицательный же (F3—) определяется значимостью успешной профессиональной деятельности и близостью с любимым человеком. В целом,

содержание этого фактора состоит в фиксации оппозиции между двумя типами межличностных отношений: на положительном полюсе это детско-родительские отношения и учеба, на отрицательном — близость с любимым человеком и профессиональная деятельность. Условно этот фактор можно обозначить через противопоставление «подростковые нормы успешности — взрослые нормы успешности». Таким образом, сдвиг от положительного к отрицательному полюсу характеризует своеобразную траекторию взросления: смену подростковой нормативности более зрелыми представлениям об успешной жизни.

Таблица 3

Структура биполярного фактора 3

Содержание пункта (полюс)	Нагрузки
Хорошие отношения с родителями (F3+)	0,89
Повышение уровня своего образования (F3+)	0,70
Духовная и физическая близость с любимым человеком (F3-)	-0,93
Успешная профессиональная деятельность (F3-)	-0,78

Обратимся к рассмотрению структуры биполярного фактора F4 (11,0% общей дисперсии; табл. 4). Положительный полюс фактора (F4+) определяет высокую ценностную значимость социальной оценки («уважение окружающих») и негативную оценку своих будущих перспектив («страх перед завтрашним днем»). Иными словами, данный полюс характеризует аффективную зависимость от мнений социального окружения. При этом подобная зависимость оказывается связанной и с «неопределенностью жизненных планов». Противоположный же, отрицательный, полюс задают такие ценности, как «самостоятельность и независимость» и «счастливая семейная жизнь». Таким образом, смысл этого фактора можно задать через оппозицию «социальная зависимость, тревожность — независимость, счастливая семейная жизнь». Подчеркнем, что важную роль здесь играет именно эмоциональное социальное самочувствие.

Таблица 4

Структура биполярного фактора 4

Содержание пункта (полюс)	Нагрузки
Уважение окружающих (F4+)	0,92
Со страхом и пессимизмом жду завтрашнего дня (F4+)	0,76
Мои жизненные планы на сегодня еще не определены (F4+)	0,58
Счастливая семейная жизнь (F4-)	-0,87
Самостоятельность и независимость (F4-)	-0,80

И наконец, биполярный фактор F5, объясняющий 8,8% общей суммарной дисперсии имеет следующую структуру (табл. 5). Содержание данного фактора определяет противопоставление ценности культурного, духовного развития (F5+) и прагматических ориентаций: «достижение материального благополучия» и «четкость представлений о будущем» (F5—). Смысл данного фактора может быть задан оппозицией «повышение культурного уровня — материальное благополучие».

Таблица 5

Структура биполярного фактора 5

Содержание пункта (полос)	Нагрузки
Повышение своего культурного уровня (F+)	0,89
Достижение материального благополучия (F-)	-0,73
Я отчетливо представляю себе свое будущее (F-)	-0,69

Итак, в результате факторного анализа было выделено пять факторов, определяющих содержательные особенности жизненных ориентаций подростка:

- 1) «сомнения в успехе, творчество — уверенность и оптимизм, здоровье»;
- 2) «ситуативность поведения — проблематизация будущего, друзья»;
- 3) «подростковые нормы успешности — взрослые нормы успешности»;
- 4) «социальная зависимость, тревожность — независимость, счастливая семейная жизнь»;
- 5) «повышение культурного уровня — материальное благополучие».

Для того чтобы охарактеризовать структурные особенности ценностных ориентаций у подростков с разным отношением к возрастной запретительной норме на вступление в сексуальные отношения, рассмотрим профили значений по осям описанных выше пяти факторов у мальчиков и девочек с различным отношением к данной норме.

Сначала сопоставим группы, у которых нет конфликта между отношением к норме и поведением. Мальчики, соблюдающие ограничительную норму, имеют выраженные значения по трем факторам: F1— («уверенность, оптимизм»), F2+ («ситуативность») и F5+ («повышение культурного уровня», рис. 3). Таким образом, при позитивной эмоциональной оценке своих жизненных перспектив их поведение носит ситуативный характер. Причем в системе ценностных ориентаций у них важное место занимает здоровье и повышение культурного уровня. Для мальчиков же, отказавшихся от ограничительной нормы, как на когнитивном («сексуальные контакты естественны в моем возрасте»), так и на поведенческом («веду

половую жизнь») уровнях, значимыми являются факторы F1— («уверенность и оптимизм»), F4— («независимость, счастливая семейная жизнь») и F5— («прагматизм, материальное благополучие»). Таким образом, существенным отличием структуры ценностных ориентаций юношей, ведущих половую жизнь и считающих это естественным, является актуализация традиционалистской «мужской» позиции, связанной с созданием счастливой семьи и ее материальным обеспечением. В целом, можно сделать вывод о том, что отказ от соблюдения ограничительной возрастной нормы связан с изменениями в общей структуре ценностных ориентаций при переходе от подросткового к раннему юношескому возрасту.

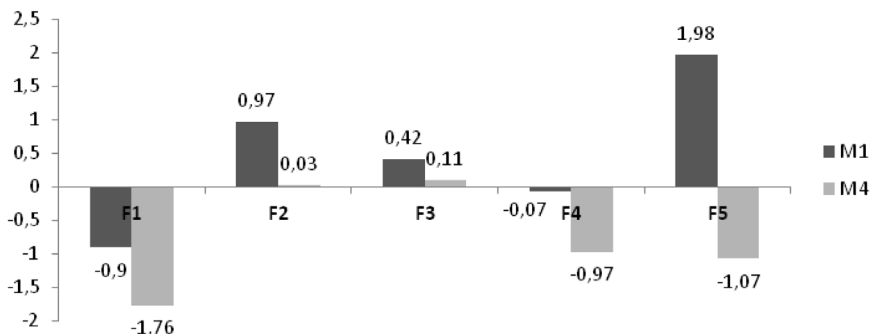


Рис. 3. Профили значений по пяти факторам для мальчиков, придерживающихся запретительной нормы (M1) и отказавшихся от нее (M4)

Для девочек, придерживающихся ограничительной нормы, наиболее значимы факторы F1+ («сомнения в успехе»), F2— («проблематизация будущего»), F3+ («подростковая норма успешности») и F5+ («повышение культурного уровня», рис. 4). Соответственно, важными жизненными ценностями для них являются: наличие близких друзей, хорошие отношения с родителями и повышение уровня образования и культуры. Девочки же, не принимающие запретительную норму и ведущие половую жизнь, имеют выраженные значения по факторам F1+ («сомнения в успехе»), F2+ («ситуативность»), F3— («взрослая успешность») и F4— («независимость, счастливая семейная жизнь»). Здесь высокую значимость приобретают такие ценности, как профессиональная успешность, независимость, близость с любимым человеком и счастливая семейная жизнь.

Сопоставление представленных на рис. 4 профилей Д1 и Д4 показывает, что основными дифференцирующими факторами здесь выступают факторы F2 и F3. По сути дела, девочек, соблюдающих возрастную запретительную норму на вступление в сексуальные отношения, характеризует комплекс параметров, отражающих нормативные социально-психологи-

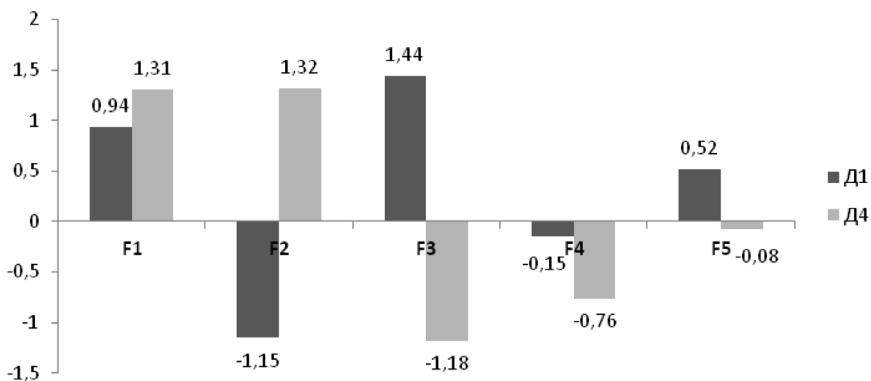


Рис. 4. Профили значений по пяти основным факторам для девочек, придерживающихся возрастной запретительной нормы на вступление в сексуальные отношения — Д1, и отказавшихся от нее — Д4

ческие представления о подростке. Иначе выглядит ценностная структура у девочек, отвергающих норму и живущих половой жизнью: они отстраняются от детско-родительских отношений и ориентируются на духовную и физическую близость с любимым человеком. В то же время заметим, что снятие запретительной нормы на вступление в сексуальные отношения связано не только с ценностной ориентацией на значимость близости с любимым человеком, но и установкой на ситуативность поведения («предпочитаю думать о сегодняшнем дне, а не строить всевозможные проекты»). Этим они отличаются от позиции социально зрелого самостоятельного человека. В целом, как и при рассмотрении данных у мальчиков, можно сделать вывод о том, что отказ от соблюдения запретительной нормы связан с общими изменениями в структуре ценностных ориентаций при переходе от старшего подросткового возраста к ранней юности.

И наконец, особое внимание следует обратить на своеобразие ценностных ориентаций у тех мальчиков и девочек, кто переживает ситуацию внутреннего конфликта: принимающих возрастную ограничительную норму на вступление в сексуальные контакты на когнитивном уровне, но, в то же время, нарушающих ее на поведенческом уровне (подвыборки М3 и Д3).

Анализ полученных материалов показывает, что мальчики и девочки, находящиеся в конфликтной ситуации по поводу нарушения возрастной ограничительной нормы, явно отличаются от своих сверстников, как соблюдающих норму, так и отвергающих ее, лишь по одному фактору: F4 («социальная зависимость, тревожность — независимость, счастливая семейная жизнь»). Для них характерны высокие положительные значе-

ния по оси этого фактора, что свидетельствует о выраженной социальной зависимости и тревожности (рис. 5).

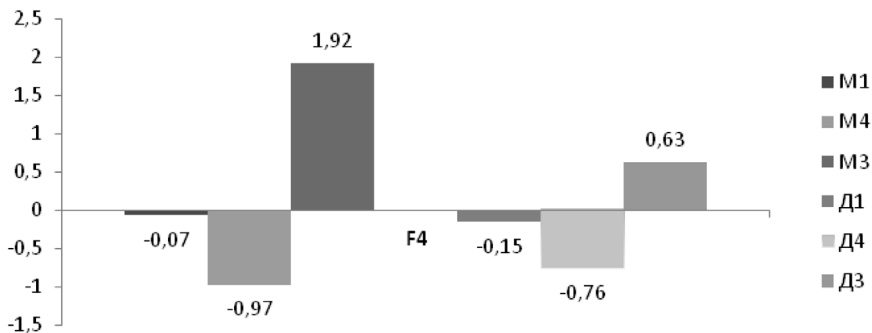


Рис. 5. Значения по оси фактора F4 («социальная зависимость, тревожность — независимость, счастливая семейная жизнь») у мальчиков и девочек с различным отношением к возрастной запретительной норме: принимаю норму и не веду половую жизнь — M1, D1; отвергают норму и ведут половую жизнь — M4, D4; принимают норму, но ведут половую жизнь — M3, D3

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что переживание конфликта в связи с нарушением возрастной ограничительной нормы на вступление в сексуальные отношения проецируется у мальчиков и девочек (подвыборки M3, D3) на их общее социальное самочувствие, которое проявляется в неопределенности жизненных планов, пессимизме относительно своего будущего и особой чувствительности к мнению внешнего окружения. Это и характеризует содержательное своеобразие комплекса личностных переживаний подростка, связанных с конфликтной ситуацией нарушения возрастной ограничительной нормы. Для предотвращения подобных негативных переживаний, обусловленных нарушением нормы, подростку на этом этапе необходима особая психолого-педагогическая помощь и поддержка.

Вместе с тем следует добавить, что у девочек, переживающих конфликт нарушения нормы (подвыборка D3), ситуация имеет более сложный характер. Для этого необходимо учесть особенности их размещения по осям факторов F3 и F2. Так, по фактору F3, как и у их сверстниц, считающих, что сексуальные отношения в их возрасте естественны, и ведущих половую жизнь (подвыборка D4), они также имеют высокие отрицательные значения. Это свидетельствует о том, что в системе ценностных ориентаций девушек, переживающих конфликт нарушения нормы, важной является ценность духовной и физической близости с любимым человеком. Это дает основание предположить, что само нарушение возрастной ограничительной нормы связано у них именно с при-

нятием этой ценностной установки. В то же время, как и их сверстницы, следующие ограничительной норме (подвыборка Д1), они находятся в классической подростковой ситуации, связанной с проблематизацией своего будущего и значимостью ближайшего окружения сверстников (об этом свидетельствуют их высокие отрицательные значения по фактору F2). Таким образом, конфликт нарушения возрастной нормы на запрет сексуальных отношений у девушек связан с актуализацией ценностной значимости духовной и физической близости с любимым человеком, с одной стороны, а с другой — с социальной зависимостью от мнений (уважения) окружающих, проблематизацией будущего, неопределенностью планов и тревожностью.

3. Запретительная норма и стили сексуального поведения. Здесь будут рассмотрены стилевые характеристики поведения, которые касаются как моногамности или полигамности сексуальных отношений, так и регулярности половых контактов. Заметим, что отмеченные особенности поведения, безусловно, связаны с нормативными представлениями. Причем они лежат в иной плоскости по сравнению с возрастными табу на вступление в сексуальные контакты. В большей степени отмеченные стилевые особенности сексуального поведения связаны с принятием или отвержением тех моральных норм, которые касаются свободы сексуальных отношений. Таким образом, здесь мы затрагиваем традиционную тему «половой распущенности» подростков. Заметим, что эта сторона нормативной регуляции сексуального поведения не менее актуальна, чем рассмотренная выше тема возраста начала половой жизни. Более того, традиционалистские культурные установки ориентированы на поддержание моногамных отношений, тогда как полигамия в выборе сексуальных партнеров в обществе порицается. Вместе с тем процессы культурной глобализации, усиливающаяся миграционная активность, а также тренды нормативных изменений моделей поведения в современной художественной культуре явно деформируют представления о нормах сексуальных отношений.

В связи с обозначенной темой в ходе опроса респондентам был предложен вопрос, ответы на который учитывали как регулярность ведения ими половой жизни, так и наличие постоянного сексуального партнера. Варианты ответов формулировались следующим образом: «Я веду половую жизнь регулярно, и у меня есть постоянный партнер»; «Я веду половую жизнь регулярно, но у меня нет постоянного партнера»; «Я веду половую жизнь эпизодически с постоянным партнером»; «Я веду половую жизнь эпизодически, но с разными партнерами»; «В настоящее время я не веду половой жизни, но сексуальный контакт был»; «Я вообще не имел(а) половых контактов».

В соответствии с основной темой настоящей статьи при анализе полученных результатов особый интерес представляет соотношение раз-

ных стилей сексуального поведения с типами отношения к возрастной запретительной норме. В этой связи рассмотрим, насколько актуально переживание конфликта нарушения возрастной нормы на вступление в сексуальные отношения у мальчиков и девочек, ведущих половую жизнь регулярно или эпизодически (рис. 6).

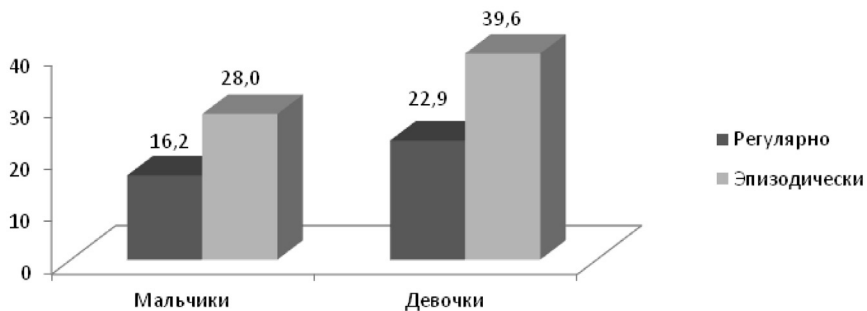


Рис. 6. Доля мальчиков и девочек, переживающих конфликт нарушения возрастной запретительной нормы, среди подростков, ведущих половую жизнь регулярно или эпизодически (%)

Среди подростков, эпизодически ведущих половую жизнь, переживание конфликта нарушения возрастной нормы на вступление в сексуальные отношения значительно выше по сравнению со сверстниками, которые ведут половую жизнь регулярно. Если допустить, что нерегулярность половой жизни характеризует этап начала половых отношений, то можно сделать вывод о том, что стадия сексуального дебюта практически у каждого третьего подростка связывается с конфликтным переживанием нарушения возрастной нормы на вступление в сексуальные отношения. Наличие подобных негативных переживаний у значительной части подростков, на наш взгляд, еще раз свидетельствует о необходимости особого психолого-педагогического сопровождения психосексуального развития на этапе подростничества.

Особый интерес представляет анализ возрастной динамики. С этой целью сопоставим ответы мальчиков и девочек 9-го и 11-го классов (рис. 7). Данные демонстрируют, что среди девятиклассников, эпизодически ведущих половую жизнь, конфликт переживания нарушения возрастной нормы выражен значительно сильнее по сравнению с одиннадцатиклассниками. При этом у мальчиков-девятиклассников подобный конфликт переживает практически каждый второй (40,0%), а среди девочек таких подавляющее большинство (80,0%). Подобный факт свидетельствует о том, что начало половой жизни в 9-м классе (и ранее) явно связано с переживанием нарушения возрастных табу. К 11-му же

классу среди подростков, ведущих половую жизнь «эпизодически», доля переживающих конфликт нарушения нормы резко снижается. Это свидетельствует о том, что на этом этапе сама возрастная норма в целом перестает уже регулировать характер сексуальных отношений, хотя среди девочек-одиннадцатиклассниц, ведущих половую жизнь эпизодически, процент переживающих конфликт нарушения возрастной нормы остается достаточно высоким (39,3%).

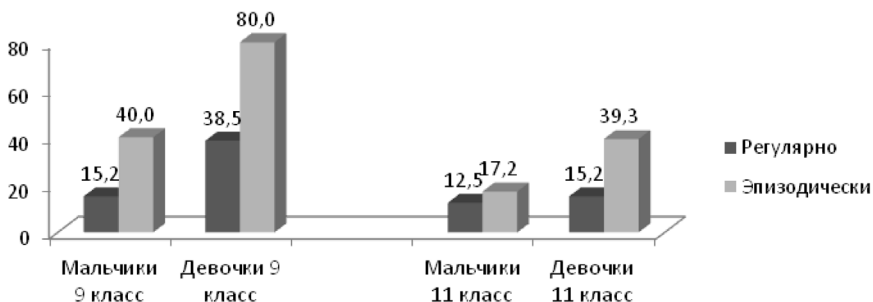


Рис. 7. Доля мальчиков и девочек в 9-м и 11-м классах, переживающих конфликт нарушения возрастной запретительной нормы, среди подростков, ведущих половую жизнь регулярно или эпизодически (%)

Следует подчеркнуть, что если в отношении эпизодичности или регулярности половой жизни связь с отношением подростка к возрастной запретительной норме на вступление в сексуальные отношения проявилась достаточно отчетливо, то для второго параметра, дифференцирующего стиль полового поведения (жизнь с постоянным/разными партнерами), каких-либо явно выраженных тенденций не выявлено. Это свидетельствует о том, что ориентация на моногамность или полигамность сексуальных отношений регулируется другими нормами и не связана с представлениями о допустимости/недопустимости сексуальных отношений в соответствующем возрасте.

Выводы

1. В целом, результаты факторного анализа показали, что преодоление возрастной ограничительной нормы на вступление в сексуальные отношения связаны как с существенными перестройками ценностных ориентаций, так и с изменениями в эмоциональной оценке жизненных перспектив и сформированности планов на будущее. Это позволяет сделать вывод о том, что сексуальная жизнь является важным фактором,

определяющим социальное взросление на этапе перехода от подросткового возраста к юношескому. При этом у мальчиков оно связано с актуализацией установок, характеризующих традиционную маскулинную модель. У девочек же социальный механизм преодоления запретительной нормы связан с особым сдвигом оценки значимости различных представителей микросоциального окружения; смещением ориентиров с важности детско-родительских отношений на духовную и физическую близость с любимым человеком.

2. Важно подчеркнуть сложную траекторию изменения ценностных ориентаций подростка от безусловного принятия запретительной нормы к ее полному отрицанию. Обращает на себя внимание особая конфликтная ситуация, когда норма еще принимается на когнитивном уровне, но на уровне реального поведения подросток ей уже пренебрегает. Характерно, что подобный конфликт не следует рассматривать упрощенно лишь как расхождение между когнитивным и поведенческим аспектами. Дело в том, что он затрагивает серьезные сдвиги в системе ценностных ориентаций, жизненных планов и эмоциональной оценки собственных перспектив. Причем эти ценностные перестройки, связанные с переживанием конфликта, существенно различаются у мальчиков и девочек, и в этом отношении можно говорить о социально-психологическом своеобразии переживания ими конфликта нарушения запретительной нормы на вступление в сексуальные отношения.

3. Анализ стилевых особенностей сексуального поведения подростков относительно параметров регулярность/эпизодичность половых контактов и моногамность/полигамность сексуальных отношений показал, что этап дебюта половой жизни характеризуется переживанием конфликта, связанного с нарушением возрастной нормы на запрет сексуальных отношений в подростковом возрасте. Этому сопутствуют и существенные изменения в жизненной позиции подростка: неопределенность жизненных планов, неуверенность относительно успешности своих жизненных перспектив, повышенная чувствительность к мнению социального окружения. При этом значимой оказывается ценность духовной и физической близости с любимым человеком.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Блонский П.П.* Очерки детской сексуальности // Избранные педагогические и психологические сочинения: в 2 т. Т. 1 / Под ред. А.В. Петровского. М.: Педагогика, 1979. С. 202—276.
2. *Выготский Л.С.* Педагогическая психология. М.: Педагогика-Пресс, 1996. 536 с.

3. *Выготский Л.С.* Педология подростка // Л.С. Выготский. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 4. Детская психология / Под ред. Д.Б. Эльконина. М.: Педагогика, 1984. С. 5—242.
4. *Залкинд А.Б.* Половое воспитание // Педология: Утопия и реальность / Под ред. И. Париной. М.: Аграф, 2001. С. 141—263.
5. *Кон И.С.* Подростковая сексуальность на пороге XXI века. Социально-педагогический анализ. Дубна: Феникс+, 2001. 208 с.
6. *Коница М.А., Холмогорова А.Б.* Стратегии сексуального поведения в современной культуре // Культурно-историческая психология. 2015. Т. 11. № 1. С. 61—70. doi:10.17759/chrp.2015110108
7. *Коница М.А., Холмогорова А.Б.* Феномен неограниченного сексуального поведения в историческом контексте разных типов сексуальной культуры // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 3. С. 119—140.
8. *Собкин В.С., Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., и др.* Подросток: нормы, риски, девиации. М.: Центр социологии образования РАО, 2005. 359 с.
9. *Собкин В.С., Абросимова З.Б., Адамчук Д.В., и др.* Сексуальное поведение в подростковом возрасте // Социология образования. Труды по социологии образования. Т. IX. Вып. XV / Под ред. В.С. Собкина. М.: Центр социологии образования РАО, 2004. С. 163—186.
10. *Собкин В.С., Адамчук Д.В.* Подросток: сексуальные отношения и социальная нормативность // Психология девиантности. Дети. Общество. Закон: монография / Под ред. А.А. Реана. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2016. С. 274—313.
11. *Собкин В.С., Адамчук Д.В., Федотова А.В.* Подросток: о допустимости вступления в сексуальные отношения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2014. № 2. С. 25—32.
12. *Собкин В.С., Баранова Е.В.* Социально-психологические особенности переживания сексуального опыта в подростковом возрасте // Вопросы психологии. 2006. № 3. С. 55—67.
13. *Собкин В.С., Кузнецова Н.И.* Российский подросток 90-х: Движение в зону риска. Аналитический доклад. М.: ЮНЕСКО, 1998. 120 с.
14. *Фрейд З.* Очерки по психологии сексуальности: пер. с нем. М.: Эксмо, 2015. 640 с.
15. *Brady S.S., Halpern-Felsher B.L.* Social and emotional consequences of refraining from sexual activity among sexually experienced and inexperienced youths in California // American Journal of Public Health. 2008. Vol. 98 (1). P. 162—168. doi:10.2105/AJPH.2006.097923
16. *Cheng Y.A., Landale N.S.* Adolescent overweight, social relationships and the transition to first sex: Gender and racial variations // Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2011. Vol. 43 (1). P. 6—15. doi:10.1363/4300611
17. *L'Engle K.L., Jackson C., Brown J.D.* Early adolescents' cognitive susceptibility to initiating sexual intercourse // Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2006. Vol. 38 (2). P. 97—105. doi:10.1363/3809706
18. *Lehrer J.A., Shrier L.A., Gortmaker S., et al.* Depressive symptoms as a longitudinal predictor of sexual risk behaviors among US middle and high school students // Pediatrics. 2006. Vol. 118 (1). P. 189—200. doi:10.1542/peds.2005-1320

19. Manlove J., Terry-Humen E., Ikramullah E. Young teenagers and older sexual partners: Correlates and consequences for males and females // Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2006. Vol. 38 (4). P. 197—207. doi:10.1363/3819706
20. Sandfort T.G.M., Orr M., Hirsch J.S., et al. Long-term health correlates of timing of sexual debut: results from a national US study // American Journal of Public Health. 2008. Vol. 98 (1). P. 155—161. doi:10.2105/AJPH.2006.097444
21. Scott M.E., Wildsmith E., Welti K., et al. Risky adolescent sexual behaviors and reproductive health in young adulthood // Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2011. Vol. 43 (2). P. 110—118. doi:10.1363/4311011
22. Whitworth T.R., Paik A. Sex and education: Does sexual debut during adolescence lead to poor grades? // Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2019. Vol. 51 (2). P. 81—89. doi:10.1363/psrh.12101

REFERENCES

1. Blonskii P.P. Oчерки detskoi seksual'nosti [Essays on child sexuality]. In Petrovskii A.V. *Izbrannye pedagogicheskie i psikhologicheskie sochineniya: V 2-kh t. T. 1.* [Selected pedagogical and psychological works: In 2 vol. Vol. 1.]. Moscow: Pedagogika, 1979, pp. 202—276.
2. Vygotskii L.S. Pedagogicheskaya psikhologiya [Pedagogical psychology]. Moscow: Pedagogika-Press, 1996. 536 p.
3. Vygotskii L.S. Pedologiya podrostka [Paedology of the Adolescent]. In El'konin D.B. (ed.). *L.S. Vygotskii. Sobranie sochinenii v 6 t. T. 4. Detskaya psikhologiya* [L.S. Vygotsky. Collected works: in 6 vol. Vol. 4. Child psychology]. Moscow: Pedagogika, 1984, pp. 5—242.
4. Zalkind A.B. Polovoe vospitanie [Sexual education]. In Parina I. (ed.). *Pedologiya: Utopiya i real'nost'* [Paedology: Utopia and reality]. Moscow: Agraf, 2001, pp. 14—263.
5. Kon I.S. Podrostkovaya seksual'nost' na poroge XXI veka. Sotsial'no-pedagogicheskii analiz [Adolescence sexuality on the eve of XXI century. Social pedagogical analysis]. Dubna: Feniks+, 2001. 208 p.
6. Konina M.A., Kholmogorova A.B. Strategii seksual'nogo povedeniya v sovremennoi kul'ture [Sexual Behavior Strategies in Modern Culture]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-Historical Psychology], 2015. Vol. 11 (1), pp. 61—70. doi:10.17759/chp.2015110108. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Konina M.A., Kholmogorova A.B. Fenomen neogranichennogo seksual'nogo povedeniya v istoricheskom kontekste raznykh tipov seksual'noi kul'tury [The phenomenon of unrestricted sexual behavior in the historical context of different types of sexual culture]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014. Vol. 22 (3), pp. 119—140. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Sobkin V.S., Abrosimova Z.B., Adamchuk D.V., et al. Podrostok: normy, riski, devyatsii. [Adolescent: norms, risks, deviations]. Moscow: Tsentri sotsiologii obrazovaniya RAO, 2005. 359 p.
9. Sobkin V.S., Abrosimova Z.B., Adamchuk D.V., et al. Seksual'noe povedenie v podrostkovom vozraste [Sexual behavior in adolescence]. In Sobkin V.S. (ed.) *Sotsiologiya obrazovaniya. Trudy po sotsiologii obrazovaniya. T. IX. Vyp. XV* [Sociology

- of education. Works on the sociology of education. Vol. IX. No. XV.]. Moscow: Tsentr sotsiologii obrazovaniya RAO, 2004, pp. 163—186.
10. Sobkin V.S., Adamchuk D.V. Podrostok: seksual'nye otnosheniya i sotsial'naya normativnost' [Adolescent: sexual intercourse and social normativeness]. In Rean A.A. (ed.) *Psikhologiya deviantnosti. Deti. Obshchestvo. Zakon: monografiya* [Psychology of deviation. Children. Society. Law: monograph]. Moscow: YuNITI-DANA, 2016, pp. 274—313.
 11. Sobkin V.S., Adamchuk D.V., Fedotova A.V. Podrostok: o dopustimosti vstupleniya v seksual'nye otnosheniya [Adolescent on admissibility of sexual intercourse]. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov* [Mental Health of Children and Adolescents], 2014, no. 2, pp. 25—32.
 12. Sobkin V.S., Baranova E.V. Sotsial'no-psikhologicheskie osobennosti perezhivaniya seksual'nogo opyta v podrostkovom vozraste [Social psychological peculiarities of experiencing sexual intercourse in adolescence]. *Voprosy Psikhologii*, 2006, no. 3, pp. 55—67.
 13. Sobkin V.S., Kuznetsova N.I. Rossiiskii podrostok 90-kh: Dvizhenie v zonu riska. Analiticheskii doklad [Russian 90-s teenager: Moving to the risk zone. Analytical report]. Moscow: YuNESKO, 1998. 120 p.
 14. Freud S. Ocherki po psikhologii seksual'nosti [Essays on the psychology of sexuality]. Moscow: Eksmo, 2015. 640 p. (In Russ.).
 15. Brady S.S., Halpern-Felsher B.L. Social and emotional consequences of refraining from sexual activity among sexually experienced and inexperienced youths in California. *American Journal of Public Health*, 2008. Vol. 98 (1), pp. 162—168. doi:10.2105/AJPH.2006.097923
 16. Cheng Y.A., Landale N.S. Adolescent overweight, social relationships and the transition to first sex: Gender and racial variations. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011. Vol. 43 (1), pp. 6—15. doi:10.1363/4300611
 17. L'Engle K.L., Jackson C., Brown J.D. Early adolescents' cognitive susceptibility to initiating sexual intercourse. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2006. Vol. 38 (2), pp. 97—105. doi:10.1363/3809706
 18. Lehrer J.A., Shrier L.A., Gortmaker S., et al. Depressive symptoms as a longitudinal predictor of sexual risk behaviors among US middle and high school students. *Pediatrics*, 2006. Vol. 118 (1), pp. 189—200. doi:10.1542/peds.2005-1320
 19. Manlove J., Terry-Humen E., Ikramullah E. Young teenagers and older sexual partners: Correlates and consequences for males and females. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2006. Vol. 38 (4), pp. 197—207. doi:10.1363/3819706
 20. Sandfort T.G.M., Orr M., Hirsch J.S., et al. Long-term health correlates of timing of sexual debut: results from a national US study. *American Journal of Public Health*, 2008. Vol. 98 (1), pp. 155—161. doi:10.2105/AJPH.2006.097444
 21. Scott M.E., Wildsmith E., Welte K., et al. Risky adolescent sexual behaviors and reproductive health in young adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011. Vol. 43 (2), pp. 110—118. doi:10.1363/4311011
 22. Whitworth T.R., Paik A. Sex and education: Does sexual debut during adolescence lead to poor grades? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2019. Vol. 51 (2), pp. 81—89. doi:10.1363/psrh.12101

Информация об авторах

Собкин Владимир Самуилович, доктор психологических наук, профессор, академик РАО, руководитель, Центр социологии образования ФГБНУ «ИУО РАО», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2339-9080>, e-mail: sobkin@mail.ru

Федотова Александра Владимировна, научный сотрудник, Центр социологии образования ФГБНУ «ИУО РАО», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4960-8183>, e-mail: alexandrafedotova@rambler.ru

Information about the authors

Vladimir S. Sobkin, Doctor in Psychology, Professor, Academician of the Russian Academy of Education, Head of the Center for Sociology of Education, Institute of Education Management of the Russian Academy of Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2339-9080>, e-mail: sobkin@mail.ru

Aleksandra V. Fedotova, Researcher, Center for Sociology of Education, Institute of Education Management of the Russian Academy of Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4960-8183>, e-mail: alexandrafedotova@rambler.ru

Получена 01.02.2020

Received 01.02.2020

Принята в печать 06.03.2020

Accepted 06.03.2020

ЭССЕ
ESSAY

ОТЧЕТ ХОФФМАНА: ПСИХОЛОГИ И ПЫТКИ. ЭТИЧЕСКИЙ УРОК ДЛЯ ПСИХОЛОГОВ

К.С. КРЮЧКОВ

Национальный исследовательский университет «Высшая школа
экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5954-430X>,
e-mail: kkryuchkov@hse.ru

В настоящей статье описывается отчет Хоффмана (Hoffman Report) — отчет независимого расследования о вовлеченности руководства Американской психологической ассоциации (АПА) в организацию и разработку пыток, которые применялись к заключенным секретных тюрем Министерства обороны США (Гуантанамо, Абу Грейб и иных). Показано, как ответственные лица АПА посредством внесения изменения в этические стандарты и правила АПА сделали возможным участие психологов в программах «расширенного допроса». Приведен контекст отчета, а также ключевые выводы и факты отчета. Обсуждается реакция психологического сообщества — приведен ряд статей, анализирующих отчет теоретически и даже эмпирически, авторы которых рефлексировали о причинах произошедшего. Показано, что подобная ситуация может служить важным уроком и для отечественных психологов при принятии этических решений. Выводы: этический кодекс не есть этика сама по себе, и кодекс не является страховкой от этических нарушений, так как зачастую нарушители не только прекрасно знают кодексы, но и сами пишут их.

Ключевые слова: психологическая этика, пытки, американская психологическая ассоциация, этические кодексы, внутренняя этика.

Благодарности: Автор благодарит профессора университета Point Park (Питтсбург, США) Уильяма Перселла (William Purcell), который впервые познакомил автора с отчетом Хоффмана и натолкнул на мысль о проблематизации этических кодексов. Автор благодарит своего научного руководителя, В.А. Петровского за поддержку в этических исканиях. Автор также благодарит Евгения Осина за инициирование широкого обсуждения психологической этики в ее связи с законодательством.

Для цитаты: *Крючков К.С. Отчет Хоффмана: психологи и пытки. Этический урок для психологов // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 148—165. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280109>*

THE HOFFMAN REPORT: PSYCHOLOGISTS AND TORTURE. AN ETHICAL PRECAUTION FOR PSYCHOLOGISTS

KIRILL S. KRYUCHKOV

National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5954-430X>,
e-mail: kkryuchkov@hse.ru

The present paper introduces the readers to the Hoffman report — an independent attorney report on American Psychological Association (APA) officials' participation in institutionalizing and developing torture techniques that were used to interrogate the prisoners of the secret Department of Defense prisons (Guantanamo, Abu Ghraib, etc.). People in charge of the APA were shown to have changed the ethical standards and APA regulations in such a way as to enable psychologists to participate in the so-called enhanced interrogations. We present the context of the report and the key findings and conclusions. We discuss the reaction of the psychological community and cite a number of papers that analyze the report from the theoretical and empirical standpoint, and reflect on the causes of the events. This situation can be viewed as a precaution for Russian psychologists likewise in making ethical decisions. Conclusion: Ethical codes do not constitute ethics per se nor do they protect from possible ethical violations, partly because abusers often are not just those who know the codes, but also those who write them.

Keywords: ethics in psychology, torture, American Psychological Association, ethical code, internal ethics.

Acknowledgements: The author expresses his gratitude to prof. William Purcell (Point Park University, USA), who first introduced him with the Hoffman Report and gave him

an idea of ethical codes problematization. The author also expresses his gratitude to his dissertation advisor, prof. Vadim A. Petrovskii (Higher School of Economics, Russia), who inspired his ethical searches. The author also wants to thank dr. Eugene Osin for giving the way to the broad open professional discussion of ethics in conjunction with law.

For citation: Kryuchkov K.S. The Hoffman Report: Psychologists and Torture. An Ethical Precaution for Psychologists. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 148—165. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280109>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Этика в психологии — тема несомненно важная и обсуждаемая. Хотя в отечественной психологии работ ей посвящено не столь много, иногда на нее, можно сказать, возникает мода. Так, например, Первая Международная конференция по Этике в психологическом консультировании и психотерапии, проводившаяся на базе ПИ РАО в 2017 г., привлекла более двух десятков докладчиков и множество слушателей. Однако число статей в отечественных научных журналах, посвященных этике, сравнительно невелико [1; 2; 4; 6; 8]. В свое время именно на страницах данного журнала, носившего тогда название «Московский психотерапевтический журнал», была опубликована статья И.В. Диянковой, посвященная этическим принципам американской психологии, знакомящая читателей, в том числе, с критическим для психологической этики в США случаем — убийством Татьяны Тарасофф [3].

В то же время имеется значительное число зарубежных работ, посвященных этике. Казалось бы, психотерапевтическая этика разработана в США как нигде хорошо. Существует множество учебников и руководств по этике для исследователей и практиков, курс этики в качестве обязательного входит в программы всех учебных заведений, готовящих психологов [29; 32; 37]. Вместе с тем, как отмечает И.В. Диянкова, сами американские психологи критикуют свои же кодексы, говоря об их консерватизме и размытости.

Другие авторы пишут о том же, а кроме того, ставят под вопрос то, насколько сам по себе кодекс является этикой как таковой. Например, Перри Фрэнсис (*P. Francis*) и Сьюзан Даггер (*S. Dugger*) указывают на то, что, хотя этический кодекс и является средством передачи и разъяснения коллективных ценностей и ожиданий профессии, следует осознавать дилеммы, возникающие в случаях, когда личные ценности консультанта не совпадают с коллективными ценностями профессии [26]. Анализируя этический кодекс лондонского Института группового анализа (*Institute of Group Analysis*), Фархад Далаль (*F. Dalal*) касается вопроса: учитывая, что этические кодексы обычно состоят из трюизмов («поступай хорошо и будь хорошим»), в чем же их функция? [23]

В целом, возможно отметить, что кодекс сам по себе еще не есть этика [4; 23]. В этом смысле показательна работа иранских психологов Мохамадрасула Ядегарфарда (*M. Yadegarfarad*) и Фатимы Барамбадиан (*F. Bahramabadian*), анализирующих послышки, на которых выстроен кодекс профессиональной этики иранских психологов, и показывающих, что сами эти послышки являются неэтичными и дискриминационными по отношению к определенным группам клиентов (например, к людям с нетрадиционной сексуальной ориентацией) [44].

Итак, этические кодексы per se еще не представляют собою «этику». Вместе с тем очевидно, что кодексы представляют собою нормативный акт, они устанавливают нормы или общеобязательные правила поведения, которые, в зависимости от конкретных условий, обеспечиваются принудительной силой либо государства (в случаях если психология является государственнорегулируемой профессией), либо общественных объединений психологов. При этом за нарушения данных норм могут быть как публично-правовые санкции (например, штрафы), так и внутренние санкции самих объединений (исключение из профессионального сообщества).

В США этический кодекс Американской психологической ассоциации (АПА) императивно распространяется на ее членов [12]. Вместе с тем, как указано в самом кодексе АПА, он может быть использован и другими регулируемыми органами, а также его нарушение, хотя и не автоматически, может привести к различным санкциям. Во всех 50 штатах имеются лицензирующие органы, наделенные официальной властью над психологами. Данные органы либо напрямую применяют кодекс АПА, либо используют его как «модельный» для собственных кодексов [38]. И кодекс АРА не является идеальным и массово критикуется различными авторами [9; 10; 27; 33; 45], он остается одним из основных, если не главным инструментом этического контроля за работой психологов, своего рода основным «мерилом» этичности [32].

И тем не менее, как показывает история, само по себе наличие кодекса и развитой организационной структуры не является гарантией или страховкой от этических нарушений или злоупотреблений властью. Более того, этический кодекс может стать орудием для злоупотреблений. Такой случай и является предметом настоящей статьи.

Отчет Хоффмана: история и содержание

Летом 2015 г. американскую психологию потрясло, по выражению Филипа Кушмана, «землетрясение» [22]. 10 июля 2015 г. был опубликован отчет, подготовленный по заказу Совета Директоров АПА и спе-

циального комитета при нем. Отчет был выполнен чикагской юридической фирмой Сидли Остин (*Sidley Austin*). Персонально отчет был подготовлен под руководством одного из партнеров фирмы — Дэвида Хоффмана — при участии ряда специалистов-психологов. По его имени отчет часто зовется отчетом Хоффмана (*Hoffman report*). На 563 страницах документа подробно описывается то, как руководство АПА в начале 2000-х гг. посредством манипуляций при внесении правок в этический кодекс АПА сделало возможным участие психологов-членов ассоциации в программе по разработке пыток для ЦРУ и департамента обороны США (обозначаемые эвфемизмом — «расширенный допрос»). Основные результаты проведенного Хоффманом расследования изложены на первых 70 страницах отчета. Мы приведем основную историю и выводы отчета [28].

После событий 11 сентября 2001 г. и начала контр-террористических операций, а по сути, войн в Афганистане и Ираке, в руках ЦРУ и министерства обороны оказалось значительное количество пленных, подозреваемых в террористической активности. Важнейшей задачей для ЦРУ и министерства обороны стало получение от них информации относительно уже произошедших террористических атак и возможных планов террористов.

В 2002 г. министерство юстиции США выпускает меморандум в адрес ЦРУ, в котором максимально сужается определение пытки. Так, намеренное причинение физической боли человеку считается пыткой, только если оно приводит к серьезной физической травме, такой, как отказ органа или телесной функции, или смерти. Действия, приносящие психологический вред, считаются пыткой, только если наносят значительный психологический ущерб, длящийся годами или месяцами, например, вызывают психическое расстройство.

В 2003 г. министерство обороны (которому подчиняется, в частности, военная база Гуантанамо) выпускает сходный меморандум, также сужая определение пыток и указывая, что «с целью предотвращения будущих террористических атак, направленных на США, военному персоналу допустимо применять “расширенные техники допроса” к заключенным Гуантанамо» [28, с. 3]. Меморандум также указывал, что к заключенным Гуантанамо не применяются положения Женевской конвенции о военнопленных.

В июне 2005 г. АПА создает рабочую группу, посвященную психологии и безопасности — «Президентский временный комитет по этике и национальной безопасности» (*Presidential Task Force on Ethics and National Security*, PENS). Группу возглавляет президент АПА Рон Левант (*Ron Levant*), затем — Джеральд Кучер (*Gerald Koocher*). После трехдневной встречи рабочей группы с директором АПА по этике Стивеном Бенке

(*Stephen Benke*), 26 июня 2005 г. PENS выпускает список из 12 этических рекомендаций, которые менее чем через неделю на внеочередном заседании Совета директоров АПА утверждаются как правила.

В ноябре 2014 г. совет директоров АПА принимает решение пригласить независимую юридическую компанию для проверки предположений о том, что изменения в этическом кодексе АПА и связанных документах, произведенные в 2002—2005 г., были сделаны в том числе под влиянием министерства обороны США и с целью облегчить вовлеченность психологов в работу ЦРУ и министерства обороны, в частности, в разработку процедур «расширенного допроса» (пытки). Одной из причин заказа такой проверки стала публикация осенью 2014 г. книги журналиста *New York Times* Джеймса Ризена, в которой он высказывает соответствующие предположения, основываясь на фактах, которые ему удалось собрать [16; 39].

Конкретный вопрос, который был поставлен перед Хоффманом, звучал следующим образом: были ли руководители АПА в сговоре с руководством ЦРУ, министерства обороны или иных ведомств с целью «поддержки» пыток. Вместе с тем, как указывает сам Хоффман, в ходе работы над отчетом вопрос стал несколько шире. Тем не менее, Хоффман отвечает на вопрос, был ли сговор, что произошло и почему. Хоффман также указывает на ограничения отчета, в частности на то, что расследование велось частными лицами, поэтому не все опрошенные люди соглашались идти на контакт, не всю запрошенную информацию, особенно закрытую, удалось заполучить; кроме того, являясь не психологами, а юристами, Хоффман и его сотрудники не всегда могли глубоко вникнуть в суть психологических процессов. Хоффман также указывает на сложности, которые связаны с тем, что от 10 до 19 лет минуло с момента, когда происходили события, описываемые в отчете, меньше документов и воспоминаний сохранилось. Несмотря на это, отчет получился достаточно объемным и подробным.

Хоффман и его команда установили следующее [28].

1. Ключевые руководители АПА, в частности директор по этике Стивен Бенке, избранный президент Джеральд Кучер, руководитель дирекции психологической практики Расс Ньюман (*Russ Newman*), при поддержке прочих руководителей вступили в сговор с министерством обороны с тем, чтобы АПА несколько ослабил высокие требования этических стандартов, тем самым не ограничивая министерство обороны в применении пыток больше, чем внутренние документы самого министерства. Руководство АПА пошло на это ради сближения АПА с руководством министерства обороны. Хоффман указывает на два важных мотива — сделать хорошую рекламу для АПА и позволить психологии развиваться без ограничений в данной сфере.

2. Было обнаружено, что в течение трех последующих лет после утверждения отчета PENS 2005 г. руководство АПА было вовлечено в секретное сотрудничество с руководством министерства обороны, направленное на препятствование попыткам Совета представителей АПА* принять документы, которые бы напрямую запретили психологам принимать участие при допросах в Гуантанамо и иных секретных тюрьмах США за рубежом. В число людей, участвующих в данных переговорах, входил директор АПА по этике, который вместе с небольшой группой представителей министерства обороны создал закрытую коллаборацию, чтобы убедиться, что заявления и действия АПА будут происходить согласно целям и потребностям министерства обороны. В значительном числе электронных писем и сообщений, а также разговоров он регулярно запрашивал и получал одобрение действий от одного из лидирующих психологов Управления специальных операций армии США, прежде чем официально решать, какая будет позиция АПА, какие будут сделаны публичные заявления, какая стратегия будет избрана для действий.

3. Вместе с тем, Хоффман и его команда не нашли подтверждений тому, что официальные лица АПА знали о существовании программы допросов, именуемой «Расширенные техники допроса». Однако им удалось найти доказательства того, что в течение указанного времени руководство АПА стремилось создавать и поддерживать «мягкие» этические правила, которые бы не сдерживали министерство обороны существенно. При этом у руководителей АПА имелось достаточно оснований подозревать, что абьюзивные технологии допроса применялись. Кроме того, руководство АПА намеренно и стратегически избегало предпринимать шаги для проверки и подтверждения данных подозрений. Таким образом, Хоффман заключает, что в сотрудничестве с официальными лицами министерства обороны официальные лица АПА, во-первых, действовали так, чтобы поддерживать применение расширенных техник допроса; во-вторых, сделали так, чтобы не было особенных ограничений на введение и продолжение использования таких техник; в третьих, индифферентно отнеслись к сообщаемым фактам относительно использования абьюзивных техник допроса.

4. Несмотря на то, что удалось обнаружить множество обсуждений того, как лучше позиционировать АПА в отношениях с министерством обороны и представлять это в медиасреде, практически не обнаружено обсуждений или анализа того, какую этическую позицию следует занять,

* Главный руководящий орган АПА, избирается из числа представителей подразделений и региональных отделений.

учитывая, что знания об эмоциях и сознании позволяют психологам эффективно как исцелять, так и наносить вред.

5. Было обнаружено, что официальные лица АПА в период 2001—2004 гг. плотно взаимодействовали с ЦРУ, пытаясь выстроить столь же тесные отношения между АПА и ЦРУ, как и с министерством обороны. Однако, не найдено подтверждений какой-либо связи этого сотрудничества с отчетом PENS. Более того, основное контактное лицо между АПА и ЦРУ вышло на пенсию к 2005 г., а сама программа «расширенных допросов» ЦРУ к 2005 г. была приостановлена.

6. Было обнаружено, что требование, введенное в этический кодекс АПА 2002 (стандарт 1.02), гласящее, что в случае конфликта между этикой и законом или приказом вышестоящего лица психолог должен следовать приказу или закону, и это не является этическим нарушением («Нюрнбергская защита»), было разработано до событий 11 сентября 2001 г. и без связи с ними. Тем не менее, данный вопрос обсуждался руководством АПА в дальнейшем при внесении изменений в кодекс, но безрезультатно.

7. Кроме того, Хоффман обнаружил, что на этические жалобы на лидирующих психологов в области безопасности «закрывались глаза», были предприняты усилия для того, чтобы «прикрыть» данных специалистов [28].

Хоффман описывает и ряд других этических проблем, в частности, конфликт интересов у ряда вовлеченных лиц (Расс Ньюман), использование «втемную» авторитетных психологов, например, Мартина Селигмана, у которого психологи, связанные с ЦРУ, получили несколько консультаций относительно выученной беспомощности, под предлогом того, что эту концепцию возможно использовать для помощи американским солдатам, попавшим в плен. Подобные же консультации давал и Филипп Зимбардо.

Интересным открытием стало то, что одним из мотивов кооперации АПА с министерством обороны была попытка «выбить» психологам, работающим в учреждениях министерства обороны (например, в крупнейшей сети госпиталей и реабилитационных центров Администрации ветеранов), разрешение прописывать медикаменты, тем самым уравнивая их в конкуренции с психиатрами.

Реакция на отчет

Официальная реакция АПА. Внутри самой АПА реакция последовала незамедлительно. Уже 7 августа 2015 г. было принято постановление Совета представителей АПА, вводящее серьезные изменения в этические прави-

ла и политики АПА с целью приведения их к международным стандартам превенции пыток [14]. Резолюция Совета гласила, что психологам стоит воздержаться от участия в допросах, проводимых какими-либо органами национальной безопасности (исключая внутриамериканскую работу полиции, которая находится под контролем местного законодательства и где конституционные права допрашиваемых гарантируются). Вместе с тем, в отличие от этического кодекса, резолюции Совета представителей не являются общеобязательным правилом, поэтому на практике следование им необязательно. Любопытно, что руководство АПА практически сразу дезавуировало данную резолюцию в ряде писем в адрес министерства обороны, направленных на успокоение министерства относительно сотрудничество АПА и военных психологов [13].

Осенью 2015 г. был предпринят ряд шагов и создано несколько рабочих групп для дальнейшего разбора и предотвращения подобных ситуаций в дальнейшем [17]. В апреле 2016 г. был опубликован отчет о действиях, предпринятых в качестве реакции на отчет Хоффмана [11]. Данные действия включали, в том числе, создание панели по ревизии и рекомендациям относительно этических политик АПА, а также принятие резолюции по прояснению роли психологов по отношению к допросам пленных, содержащихся в учреждениях национальной безопасности. Наиболее значительным являлось внесение изменений в этический кодекс, переопределяющих пытки более широко и эксплицитно запрещающих участие в них психологов [15]. Вместе с тем основные события произошли в 2015—2016 гг., а реакция АПА выражалась в письмах, резолюциях и комментариях [18].

Нельзя сказать, чтобы данный отчет произвел какой-либо массовый поворотный эффект в целом. Недаром ряд авторов указывают на недостаточность действий АПА и сообщества [21], требуют персональных санкций и «полной очистки» ассоциации [25] или созыва «комиссии правды», которая бы проанализировала сотрудничество психологов со спецслужбами, начиная с 70-х годов [41].

Восприятие отчета психологами. Хотя Кушман сравнивает данный отчет с землетрясением, объективно в литературных базах можно обнаружить не более двух—трех десятков статей, ссылающихся на отчет [22]. Это приводит к курьезным ситуациям, когда автор, предлагая уже в 2017 году пересмотреть этический кодекс АПА, не упоминает отчет, а многократно ссылается на книгу одного из часто упоминаемых в отчете лиц — Джеральда Кучера [45].

Тем не менее, можно обнаружить весьма любопытные исследования, такие как исследования Лоры Дрыанской (*L. Dryjanska*), которая, используя метод социальных репрезентаций Московичи на материале из 130 интервью испытуемых и статей из 31 новостного европейского жур-

нала, изучила восприятие отчета Хоффмана европейскими психологами [24]. Хотя она указывает на восприятие отчета европейскими психологами как «шок», каких-либо коллективных действий или официальных реакций не последовало. Как отмечают другие авторы, в Европе скандал прошел «практически незамеченным» [19].

Ряд авторов рассуждают о возможных причинах произошедшего. Так, упомянутый выше Кушман считает причиной произошедшего падение «морали» как следствие чрезмерной сциентизации понимания психологии АПА [21]. Некоторые авторы поддерживают его призыв к реморализации психологии [41], но выдвигаются и иные гипотезы. Так, Нэнси Холландер (*N. Hollander*) обсуждает работу психологов в контексте растущего авторитаризма в обществе [40], а Стивен Боттичелли (*S. Botticelli*) полагает, что проблема состоит не в недостатке морали как таковой, но в недостатке «морального действия» [20].

Некоторые авторы задаются более глубоким вопросом: какова вообще природа пыток и почему психологи участвуют в них [31]? Другие ставят под вопрос вообще всю «оперативную психологию» и ее этические принципы [42]. Указывают на недостаточную этическую подготовку студентов-психологов, на неготовность к решению этических дилемм и неготовность критиковать авторитетную организацию — АПА [34]. Ряд авторов анализируют проблему пыток и вовлеченности психологов в работу министерства обороны, пытаются найти пути выхода из кризиса, направления для изменений [21]. Некоторые возлагают ответственность за пытки на АПА, считая, что именно ассоциация содействовала их введению, требуя, в том числе, и личной ответственности для упомянутых в отчете лиц [25]. Наконец, некоторые авторы используют этот отчет как материал для сравнения этической позиции Американской и Канадской психологической ассоциации [36].

Брайант Уэлш (*B. Welch*) проводит глубокий анализ причин и пути, которым АПА пришла к тому, что фактически легитимизировала пытки. Он связывает это с авторитарным стилем руководства ассоциацией, называет ряд персоналий, чьи действия на протяжении 25 лет привели к нивелировке роли Совета представителей АПА как коллективного руководящего органа и к авторитаризму [43].

Упомянутые в отчете люди также не остались в стороне. Так, Мартин Селигман рассказывает о собственных этических взглядах, проясняет ряд вопросов, которые могли возникнуть к нему после прочтения отчета, повторно указывает, что он не имел отношения к пыткам или их разработке [40]. Дж. Матараччо указывает, приводя документы и переписку, что его роль была искажена Хоффманом, приводит доказательства того, что он не был каким-либо образом вовлечен в программу «расширенных допросов» [35].

Надо сказать, тем не менее, что для большинства упомянутых лиц, даже наиболее активных, публикация отчета Хоффмана не повлекла серьезных последствий. В частности, Джеральд Кучер до сих пор считается одним из ведущих авторов в сфере психологической этики, по его учебникам учатся в значительной части вузов США, на его учебник, опубликованный притом уже после отчета, сослались в настоящей статье и мы [32].

Выводы для российских реалий

В последние годы психология становится все более «политичной». Периодически психологов вовлекают как в разовые «проекты» сомнительной этической чистоты, как, например, в экспертизы по резонансным уголовным делам, так и в довольно масштабные проекты, подобно разработке весьма спорной, критикуемой профессиональным сообществом Концепции информационной безопасности детей [5; 7].

С другой стороны, периодически обсуждаемые с разной степенью интенсивности очередные проекты закона о психотерапии или проекты этических кодексов, всевозможные коллегии по этике могут создать впечатления, будто бы создание этического кодекса «как такового» может уберечь от этических нарушений. Однако, как показывает отчет Хоффмана, сам по себе кодекс не является гарантией *этичности*. Более того, данная история демонстрирует, что нарушают этику скорее не те, кто о ней не знают, но те, кто знают этические правила и даже их составляют.

Одним из уроков может служить также, на наш взгляд, то, что мотивы нарушений могут быть весьма благими (например, улучшение положения своей профессии в сравнении с психиатрией).

Автору остается лишь высказать надежду, что описанные здесь «уроки» будут приняты во внимание отечественными коллегами, когда им придется принимать этически значимые решения. Каким способом можно уберечься от попадания в подобные ситуации? По мнению автора, исключительно выработкой внутренней этики, внутреннего «на том стою, не могу иначе», которое исключительно и определяет то, какой *поступок* совершит психолог, но никак не принятием какого-либо кодекса за нравственный или этический идеал.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьева Л.И. Психотерапия и этика // Консультативная психология и психотерапия. 2009. Т. 17. № 1. С. 75—93.

2. Дебольский М.Г., Зеленина М.М. Основные этические проблемы психологических исследований в исправительных учреждениях (обзор научных статей зарубежных авторов) [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012. Т. 4. № 2. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n2/53523.shtml (дата обращения: 07.01.2020).
3. Диянкова И. Некоторые этические проблемы в современной американской психотерапии и психологическом консультировании // Московский психотерапевтический журнал. 2002. Т. 10. № 4. С. 114—149.
4. Крючков К.С. Как же сделать практическую психологию этической? Или об этике внешней и этике внутренней // Психология и психотехника. 2018. № 3. С. 49—57. doi:10.7256/2454-0722.2018.3.26603
5. Распоряжение Правительства РФ от 02.12.2015 N 2471-р <Об утверждении Концепции информационной безопасности детей> [Электронный ресурс]. URL: <https://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-02122015-n-2471-r/> (дата обращения: 29.02.2020).
6. Семенова Н.Д. Этические основы психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. 1997. Т. 5. № 2. С. 44—52.
7. Солдатова Г.У. Критерии вредного для здоровья и развития детей контента информационной продукции, распространяемой в информационно-телекоммуникационной сети Интернет [Электронный ресурс]. URL: https://gkn.gov.ru/docs/Razdel_6.pdf (дата обращения: 29.02.2020).
8. Эйдемиллер Э.Г. Новое лицо психотерапии: самостоятельная, междисциплинарная специальность // Московский психотерапевтический журнал. 2000. Т. 8. № 3. С. 178—181.
9. Ackerman M.J. Forensic report writing // Journal of Clinical Psychology. 2006. Vol. 62 (1). P. 59—72. doi:10.1002/jclp.20200
10. Ahn H., Wampold B. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy // Journal of Counseling Psychology. 2001. Vol. 48 (3). P. 251—257. doi:10.1037/0022-0167.48.3.251
11. American Psychological Association. Board and Council Actions Related to the Report of the Independent Review Relating to APA Ethics Guidelines, National Security Interrogations and Torture [Электронный ресурс]. URL: <https://www.apa.org/independent-review/board-council-actions> (дата обращения: 29.02.2020).
12. American Psychological Association. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct [Электронный ресурс]. URL: <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf> (дата обращения: 07.01.2020).
13. American Psychological Association. President response to the Department of Defense letter [Электронный ресурс]. URL: <https://www.apa.org/news/press/statements/detainee-policy-letter.pdf> (дата обращения: 29.02.2020).
14. American Psychological Association. Resolution to Amend the 2006 and 2013 Council Resolutions to Clarify the Roles of Psychologists Related to Interrogation and Detainee Welfare in National Security Settings, to Further Implement the 2008 Petition Resolution, and to Safeguard Against Acts of Torture and Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment in All Settings [Электронный ресурс]. URL: <https://www.apa.org/independent-review/psychologists-interrogation.pdf> (дата обращения: 29.02.2020).

15. *American Psychological Association*. Revision of Ethics Code Standard 3.04 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.apa.org/ethics/code/standard-304> (дата обращения: 29.02.2020).
16. *American Psychological Association*. Statement of APA Board of Directors: Outside Counsel to Conduct Independent Review of Allegations of Support for Torture [Электронный ресурс]. URL: <https://www.apa.org/news/press/releases/2014/11/risen-allegations> (дата обращения: 29.02.2020).
17. *American Psychological Association*. Summary of APA Activities Related to the Independent Review [Электронный ресурс]. URL: <https://www.apa.org/independent-review/moving-forward> (дата обращения: 29.02.2020).
18. *American Psychological Association*. Timeline of APA Policies & Actions Related to Detainee Welfare and Professional Ethics in the Context of Interrogation and National Security [Электронный ресурс]. URL: <https://www.apa.org/news/press/statements/interrogations> (дата обращения: 29.02.2020).
19. *Bernstein J.W.* Skeletons in the closet: The American Psychological Association under scrutiny // *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. 2017. Vol. 14 (2). P. 143—151. doi:10.1002/aps.1522
20. *Botticelli S.* Discussion of Philip Cushman's "Hoffman Report as Earthquake": Hopes and challenges on the path to psychology's re-moralization // *Psychoanalysis, Self and Context*. 2018. Vol. 13 (4). P. 342—349. doi:10.1080/24720038.2018.1499285
21. *Conrad M.* Moving upstream in the post-Hoffman era: When ethical responsibilities conflict with the law // *Professional Psychology: Research and Practice*. 2019. Vol. 50 (6). P. 407—418. doi:10.1037/pro0000109
22. *Cushman P.* The earthquake that is the Hoffman Report on torture: Toward a re-moralization of psychology // *Psychoanalysis, Self and Context*. 2018. Vol. 13 (4). P. 311—334. doi:10.1080/24720038.2018.1499286
23. *Dalal F.* Ethics versus Compliance. The Institution, Ethical Psychotherapy Practice (and Me) // *Group Analysis*. 2014. Vol. 47 (1). P. 62—81. doi:10.1177/0533316413520528
24. *Dryjanska L.* An organizational scandal in psychology: social representations of Hoffman Report in Europe // *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 2017. Vol. 26 (4). P. 613—627. doi:10.1080/1359432X.2017.1333982
25. *Elkins D.* The American Psychological Association and the Hoffman Report // *Journal of Humanistic Psychology*. 2016. Vol. 56 (2). P. 99—109. doi:10.1177/0022167815619064
26. *Francis P.C., Dugger S.M.* Professionalism, Ethics, and Value-Based Conflicts in Counseling: An Introduction to the Special Section // *Journal of Counseling & Development*. 2014. Vol. 92 (2). P. 131—134. doi:10.1002/j.1556-6676.2014.00138.x
27. *Guishard M.A., Halkovic A., Galletta A., et al.* Toward Epistemological Ethics: Centering Communities and Social Justice in Qualitative Research // *Qualitative Social Research*. 2018. Vol. 19 (3). P. 681—704. doi:10.17169/fqs-19.3.3145
28. *Hoffman D., Carter D.J., Viglucci Lopez C.R., et al.* Report to the special committee of the board of directors of the American Psychological Association. Independent review relating to APA ethics guidelines, national security interrogations, and torture [Электронный ресурс] // Chicago, USA: Sidley Austin LLP, 2015. URL:

- <https://www.apa.org/independent-review/revised-report.pdf> (дата обращения: 07.01.2020).
29. Handbook of Professional and Ethical Practice for Psychologists, Counsellors and Psychotherapists. 2nd ed. / R. Tribe, J. Morrissey (eds.). London: Routledge, 2015. 360 p.
 30. Hollander N. Torture and the Problem of the Bystander: Commentary on Philip Cushman's "The Earthquake That Is the Hoffman Report on Torture: Toward a Re-Moralization of Psychology" // *Psychoanalysis, Self and Context*. 2018. Vol. 13 (4). P. 368—377. doi:10.1080/24720038.2018.1499290
 31. Houck S., Repke M. When and why we torture: A review of psychology research // *Translational Issues in Psychological Science*. 2017. Vol. 3 (3). P. 272—283. doi:10.1037/tps0000120
 32. Koocher G.P., Keith-Spiegel P. Ethics in Psychology and the Mental Health Professions: Standards and Cases. New York: Oxford University Press, 2016. 653 p.
 33. Lichtenstein B. Beyond Abu Ghraib: The 2010 APA Ethics Code Standard 1.02 and Competency for Execution Evaluations // *Ethics & Behavior*. 2013. Vol. 23 (1). P. 67—70. doi:10.1080/10508422.2013.757958
 34. LoCicero A., Marlin R.P., Jull-Patterson D., et al. Enabling torture: APA, clinical psychology training and the failure to disobey // *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*. 2016. Vol. 22 (4). P. 345—355. doi:10.1037/psp0000213
 35. Matarazzo J.D. The American Psychological Association's Hoffman report allegations of my association with the "CIA torture" program [Электронный ресурс] // *Health Psychology Open*. 2018. Vol. 5 (2). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6122255/> (дата обращения: 07.01.2020). doi:10.1177/2055102918798235
 36. O'Neill P. Psychology in and out of the shadows // *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2016. Vol. 57 (3). P. 226—231. doi:10.1037/cap0000055
 37. Pope K., Vasquez M. Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide. 5th ed. Hoboken, NJ: Wiley and Sons, 2016. 520 p.
 38. Ragusea S. Is it ethics or law? [Электронный ресурс] // *The National Psychologist*, 2015. URL: <https://nationalpsychologist.com/2015/05/is-it-ethics-or-law/102875.html> (дата обращения: 07.01.2020).
 39. Risen J. Pay Any Price: Greed, Power, and Endless War. Boston, MA: Mariner Books, 2015. 304 p.
 40. Seligman M. The Hoffman report, the Central Intelligence Agency, and the defense of the nation: A personal view // *Health Psychology Open*. 2018. Vol. 5 (2). P. 2—9. doi:10.1177/2055102918796192
 41. Soldz S. It is Time for Psychologists to Face the Truth: Commentary on Philip Cushman's "The Earthquake That is the Hoffman Report on Torture" // *Psychoanalysis, Self and Context*. 2018. Vol. 13 (4). P. 350—367. doi:10.1080/24720038.2018.1499292
 42. Soldz S., Olson B., Arrigo J.M. Interrogating the ethics of operational psychology // *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2017. Vol. 27 (4). P. 273—286. doi:10.1002/casp.2321
 43. Welch B. The American Psychological Association and torture: How could it happen? // *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. 2017. Vol. 14 (2). P. 116—124. doi:10.1002/aps.1519

44. Yadegarfar M., Bahramadian F. Sexual orientation and human rights in the ethics code of the psychology and counseling organization of the Islamic Republic of Iran (PCOIRI) // *Ethics & Behavior*. 2014. Vol. 24 (5). P. 350—363. doi:10.1080/10508422.2013.845733
45. Yong G. *Revising the APA Ethics Code*. Cham, Switzerland: Springer, 2016. 315 p.

REFERENCES

1. Vorob'eva L.I. Psikhoterapiya i etika [Psychotherapy and Ethics]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2009. Vol. 17 (1), pp. 75—93. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Debol'skii M.G., Zelenina M.M. Osnovnye eticheskie problemy psikhologicheskikh issledovaniy v ispravitel'nykh uchrezhdeniyakh (obzor nauchnykh statei zarubezhnykh avtorov) [The main ethical problems of psychological research in correctional institutions (review of scientific articles of foreign authors)] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru [Psychological Science and Education psyedu.ru]*, 2012. Vol. 4 (2). Available at: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n2/53523.shtml (Accessed 07.01.2020). (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Diyankova I. Nekotorye eticheskie problemy v sovremennoi amerikanskoj psikhoterapii i psikhologicheskoy konsul'tirovanii [Several ethical issues of modern American psychotherapy and psychological counseling]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal [Moscow Psychotherapeutic Journal]*, 2002. Vol. 10 (4), pp. 114—149.
4. Kryuchkov K.S. Kak zhe sdelat' prakticheskuyu psikhologiyu etichnoi? Ili ob etike vneshnei i etike vnutrennei [How to make practical psychology ethical? On external and internal ethics]. *Psikhologiya i psikhotehnika [Psychology and Psychotechnics]*, 2018, no. 3, pp. 49—57. doi:10.7256/2454-0722.2018.3.26603
5. Rasporjazhenie Pravitel'stva RF ot 02.12.2015 N 2471-r <Ob utverzhdenii Kontseptsii informatsionnoi bezopasnosti detei> [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-02122015-n-2471-r/> (Accessed 29.02.2020).
6. Semenova N.D. Eticheskie osnovy psikhoterapii [Ethical foundations of psychotherapy]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal [Moscow Psychotherapeutic Journal]*, 1997. Vol. 5 (2), pp. 44—52.
7. Soldatova G.U. Kriterii vrednogo dlya zdorov'ya i razvitiya detei kontenta informatsionnoi produktsii, rasprostranyaemoi v informatsionno-telekommunikatsionnoi seti Internet [Elektronnyi resurs]. Available at: https://rkn.gov.ru/docs/Razdel_6.pdf (Accessed 29.02.2020)
8. Eidemiller E.G. Novoe litso psikhoterapii: samostoyatel'naya, mezhdistsiplinarnaya spetsial'nost' [A new face of psychotherapy: An independent interdisciplinary profession]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal [Moscow Psychotherapeutic Journal]*, 2000. Vol. 8 (3), pp. 178—181.
9. Ackerman M.J. Forensic report writing. *Journal of Clinical Psychology*, 2006. Vol. 62 (1), pp. 59—72. doi:10.1002/jclp.20200
10. Ahn H., Wampold B. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 2001. Vol. 48 (3), pp. 251—257. doi:10.1037/0022-0167.48.3.251

11. American Psychological Association. Board and Council Actions Related to the Report of the Independent Review Relating to APA Ethics Guidelines, National Security Interrogations and Torture [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.apa.org/independent-review/board-council-actions> (Accessed 29.02.2020).
12. American Psychological Association. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf> (Accessed 07.01.2020).
13. American Psychological Association. President response to the Department of Defense letter [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.apa.org/news/press/statements/detainee-policy-letter.pdf> (Accessed 29.02.2020).
14. American Psychological Association. Resolution to Amend the 2006 and 2013 Council Resolutions to Clarify the Roles of Psychologists Related to Interrogation and Detainee Welfare in National Security Settings, to Further Implement the 2008 Petition Resolution, and to Safeguard Against Acts of Torture and Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment in All Settings [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.apa.org/independent-review/psychologists-interrogation.pdf> (Accessed 29.02.2020).
15. American Psychological Association. Revision of Ethics Code Standard 3.04 [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.apa.org/ethics/code/standard-304> (Accessed 29.02.2020).
16. American Psychological Association. Statement of APA Board of Directors: Outside Counsel to Conduct Independent Review of Allegations of Support for Torture [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.apa.org/news/press/releases/2014/11/risen-allegations> (Accessed 29.02.2020).
17. American Psychological Association. Summary of APA Activities Related to the Independent Review [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.apa.org/independent-review/moving-forward> (Accessed 29.02.2020).
18. American Psychological Association. Timeline of APA Policies & Actions Related to Detainee Welfare and Professional Ethics in the Context of Interrogation and National Security [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.apa.org/news/press/statements/interrogations> (Accessed 29.02.2020).
19. Bernstein J.W. Skeletons in the closet: The American Psychological Association under scrutiny. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 2017. Vol. 14 (2), pp. 143—151. doi:10.1002/aps.1522
20. Botticelli S. Discussion of Philip Cushman’s “Hoffman Report as Earthquake”: Hopes and challenges on the path to psychology’s re-moralization. *Psychoanalysis, Self and Context*, 2018. Vol. 13 (4), pp. 342—349. doi:10.1080/24720038.2018.1499285
21. Conrad M. Moving upstream in the post-Hoffman era: When ethical responsibilities conflict with the law. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2019. Vol. 50 (6), pp. 407—418. doi:10.1037/pro0000109
22. Cushman P. The earthquake that is the Hoffman Report on torture: Toward a re-moralization of psychology. *Psychoanalysis, Self and Context*, 2018. Vol. 13 (4), pp. 311—334. doi:10.1080/24720038.2018.1499286
23. Dalal F. Ethics versus Compliance. The Institution, Ethical Psychotherapy Practice (and Me). *Group Analysis*, 2014. Vol. 47 (1), pp. 62—81. doi:10.1177/0533316413520528

24. Dryjanska L. An organizational scandal in psychology: social representations of Hoffman Report in Europe. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2017. Vol. 26 (4), pp. 613—627. doi:10.1080/1359432X.2017.1333982
25. Elkins D. The American Psychological Association and the Hoffman Report. *Journal of Humanistic Psychology*, 2016. Vol. 56 (2), pp. 99—109. doi:10.1177/0022167815619064
26. Francis P.C., Dugger S.M. Professionalism, Ethics, and Value-Based Conflicts in Counseling: An Introduction to the Special Section. *Journal of Counseling & Development*, 2014. Vol. 92 (2), pp. 131—134. doi:10.1002/j.1556-6676.2014.00138.x
27. Guishard M.A., Halkovic A., Galletta A., et al. Toward Epistemological Ethics: Centering Communities and Social Justice in Qualitative Research. *Qualitative Social Research*, 2018. Vol. 19 (3), pp. 681—704. doi:10.17169/fqs-19.3.3145
28. Hoffman D., Carter D.J., Viglucci Lopez C.R., et al. Report to the special committee of the board of directors of the American Psychological Association. Independent review relating to APA ethics guidelines, national security interrogations, and torture [Elektronnyi resurs]. Chicago, USA: Sidley Austin LLP, 2015. Available at: <https://www.apa.org/independent-review/revise-report.pdf> (Accessed 07.01.2020).
29. Tribe R., Morrissey J. (eds.). *Handbook of Professional and Ethical Practice for Psychologists, Counsellors and Psychotherapists*. 2nd ed. London: Routledge, 2015. 360 p.
30. Hollander N. Torture and the Problem of the Bystander: Commentary on Philip Cushman's "The Earthquake That Is the Hoffman Report on Torture: Toward a Re-Moralization of Psychology". *Psychoanalysis, Self and Context*, 2018. Vol. 13 (4), pp. 368—377. doi:10.1080/24720038.2018.1499290
31. Houck S., Repke M. When and why we torture: A review of psychology research. *Translational Issues in Psychological Science*, 2017. Vol. 3 (3), pp. 272—283. doi:10.1037/tps0000120
32. Koocher G.P., Keith-Spiegel P. Ethics in Psychology and the Mental Health Professions: Standards and Cases. New York: Oxford University Press, 2016. 653 p.
33. Lichtenstein B. Beyond Abu Ghraib: The 2010 APA Ethics Code Standard 1.02 and Competency for Execution Evaluations. *Ethics & Behavior*, 2013. Vol. 23 (1), pp. 67—70. doi:10.1080/10508422.2013.757958
34. LoCicero A., Marlin R.P., Jull-Patterson D., et al. Enabling torture: APA, clinical psychology training and the failure to disobey. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 2016. Vol. 22 (4), pp. 345—355. doi:10.1037/pac0000213
35. Matarazzo J.D. The American Psychological Association's Hoffman report allegations of my association with the "CIA torture" program [Elektronnyi resurs]. *Health Psychology Open*, 2018. Vol. 5 (2). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6122255/> (Accessed 07.01.2020). doi:10.1177/2055102918798235
36. O'Neill P. Psychology in and out of the shadows. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 2016. Vol. 57 (3), pp. 226—231. doi:10.1037/cap0000055
37. Pope K., Vasquez M. Ethics in Psychotherapy and Counseling: A Practical Guide. 5th ed. Hoboken, NJ: Wiley and Sons, 2016. 520 p.
38. Ragusea S. Is it ethics or law? [Elektronnyi resurs]. *The National Psychologist*, 2015. Available at: <https://nationalpsychologist.com/2015/05/is-it-ethics-or-law/102875.html> (Accessed 07.01.2020).

39. Risen J. Pay Any Price: Greed, Power, and Endless War. Boston, MA: Mariner Books, 2015. 304 p.
40. Seligman M. The Hoffman report, the Central Intelligence Agency, and the defense of the nation: A personal view. *Health Psychology Open*, 2018. Vol. 5 (2), pp. 2—9. doi:10.1177/2055102918796192
41. Soldz S. It is Time for Psychologists to Face the Truth: Commentary on Philip Cushman's "The Earthquake That is the Hoffman Report on Torture". *Psychoanalysis, Self and Context*, 2018. Vol. 13 (4), pp. 350—367. doi:10.1080/24720038.2018.1499292
42. Soldz S., Olson B., Arrigo J.M. Interrogating the ethics of operational psychology. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2017. Vol. 27 (4), pp. 273—286. doi:10.1002/casp.2321
43. Welch B. The American Psychological Association and torture: How could it happen? *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 2017. Vol. 14 (2), pp. 116—124. doi:10.1002/aps.1519
44. Yadegarfar M., Bahramabadian F. Sexual orientation and human rights in the ethics code of the psychology and counseling organization of the Islamic Republic of Iran (PCOIRI). *Ethics & Behavior*, 2014. Vol. 24 (5), pp. 350—363. doi:10.1080/10508422.2013.845733
45. Yong G. Revising the APA Ethics Code. Cham, Switzerland: Springer, 2016. 315 p.

Информация об авторах

Крючков Кирилл Сергеевич, аспирант департамента психологии факультета социальных наук, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5954-430X>, e-mail: kkryuchkov@hse.ru

Information about the authors

Kirill S. Kryuchkov, PhD Student, National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5954-430X>, e-mail: kkryuchkov@hse.ru

Получена 09.01.2020

Received 09.01.2020

Принята в печать 29.01.2020

Accepted 29.01.2020

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ
RESEARCH REVIEWS

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И КОМОРБИДНОСТЬ С ДРУГИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Т.В. ДОВЖЕНКО

МНИИ психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени
В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5456-2573>,
e-mail: dtv99@mail.ru

Д.М. ЦАРЕНКО

МНИИ психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени
В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1160-2755>,
e-mail: dropship@rambler.ru

Т.Ю. ЮДЕЕВА

МНИИ психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени
В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4981-3171>,
e-mail: tatiana.yudeeva@yandex.ru

В обзоре литературы приведены особенности клинической картины биполярного аффективного расстройства (БАР). Подробно рассмотрены трудности диагностики БАР, обусловленные сложной клинической картиной и являющиеся причиной несвоевременной постановки диагноза и формирования неблагоприятного течения заболевания. Представлены данные о психических расстройствах, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику БАР. Подробно описаны смешанные биполярные состояния, пред-

ставляющие трудности в плане диагностики и терапии и являющиеся негативным прогностическим фактором, а также варианты течения БАР, в том числе и неблагоприятные формы. Рассмотрены данные об ухудшении когнитивных возможностей пациентов по мере увеличения числа эпизодов БАР, что может проявляться даже в период эутимии. Особое внимание уделено рассмотрению форм психической и соматической патологии, коморбидных БАР, ассоциированных со снижением качества жизни, неблагоприятным прогнозом, ростом инвалидизации, преждевременной смертности.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство (БАР), трудности диагностики, клиническая картина, коморбидность с психическими расстройствами и соматическими заболеваниями.

Для цитаты: Довженко Т.В., Царенко Д.М., Юдеева Т.Ю. Биполярное аффективное расстройство. Клинические аспекты и коморбидность с другими расстройствами // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 166–179. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280110>

BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER. CLINICAL ASPECTS AND COMORBIDITY

TAT'YANA V. DOVZHENKO

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5456-2573>,
e-mail: dtv99@mail.ru

DMITRII M. TSARENKO

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1160-2755>,
e-mail: dropship@rambler.ru

TAT'YANA YU. YUDEEVA

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4981-3171>,
e-mail: tatiana.yudeeva@yandex.ru

The review of the literature describes the clinical features of bipolar affective disorder (BAD). Difficulties in diagnosing BAD due to the complex clinical picture that cause untimely diagnosis and the formation of an unfavorable course of the disease are examined in detail. The data on mental disorders it is necessary to differentiate BAD from are presented. The characteristics of the course of BAD are described in detail, including

unfavorable forms and mixed bipolar conditions, which are difficult to diagnose and treat, and present a negative prognostic factor. The data on the deterioration of the cognitive abilities of patients with an increase in the number of episodes of BAD, which can occur even during euthymy, are considered. Particular attention is paid to the consideration of forms of mental and somatic pathology, comorbid BAD associated with a decrease in the quality of life, poor prognosis, increased disability, and premature mortality.

Keywords: bipolar affective disorder (BAR), diagnostic difficulties, clinical picture, comorbidity with mental disorders and somatic diseases.

For citation: Dovzhenko T.V., Tsarenko D.M., Yudeeva T.Yu. Bipolar Affective Disorder. Clinical Aspects and Comorbidity. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 166—179. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280110>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Клиническая картина БАР характеризуется разнообразием психопатологической симптоматики, типов течения заболевания. Особенности БАР имеют прогностическое значение, могут являться предикторами характера течения заболевания. К ним можно отнести: сложности диагностики, клинические особенности расстройства, наличие коморбидных заболеваний и эффективность терапевтических вмешательств.

Знание потенциальных факторов риска и неблагоприятного течения БАР позволит клиницистам проводить более эффективные лечебно-диагностические мероприятия. В идеальном случае определение достоверных причинно-следственных факторов позволит осуществлять персонализированные терапевтические вмешательства и разрабатывать эффективные профилактические программы.

Трудности диагностики биполярного аффективного расстройства

Трудности диагностики БАР в целом и биполярной депрессии, в частности, считаются фактором неблагоприятного течения этого заболевания. Дифференциальный диагноз БАР необходимо проводить с рекуррентной депрессией, шизофренией, расстройствами личности, злоупотреблением психотропными веществами и аффективными расстройствами, имеющими соматические или неврологические причины.

По результатам исследования Р. Хиршфелда (*R. Hirshfeld*) с коллегами, 69% пациентов до установления диагноза БАР наблюдались с другими диагнозами: униполярная депрессия (60%), тревожное расстройство (26%), шизофрения (18%), пограничное или антисоциальное расстройство личности (17%), злоупотребление алкоголем или другими веществами (16%) и шизоаффективное расстройство (11%) [17].

С практической точки зрения, наибольшее значение имеет разделение БАР на два типа (БАР I и БАР II), закрепленное в DSM-IV и сохранившееся в DSM-V. К группе БАР I относят пациентов, перенесших хотя бы один развернутый маниакальный эпизод. В группу БАР II включают больных, у которых имелись хотя бы один эпизод гипомании и хотя бы один эпизод большой депрессии (в анамнезе отсутствуют развернутые мании). В МКБ-10 БАР определяется единой рубрикой F31, а БАР II рассматривается как его подтип, включенный в подрубрику «Другие биполярные аффективные нарушения» (F31.8) наряду с рекуррентными маниакальными эпизодами.

Наибольшую сложность представляет дифференциальный диагноз БАР II типа и рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) [33]. Правильный диагноз БАР, в среднем, устанавливается лишь через 10 лет после начала заболевания, а значительная часть пациентов с БАР длительное время наблюдаются с ошибочным диагнозом и не получают адекватной терапии [3; 9].

К факторам, затрудняющим процесс диагностики, можно отнести также большую частоту коморбидности БАР с другими расстройствами (особенно с тревожными) и зависимостью от психоактивных веществ, а также отставленное появление маниакальной или гипоманиакальной симптоматики у больных с повторными депрессивными фазами [42; 43].

Результаты исследований показывают, что ошибочная диагностика или задержка выявления БАР серьезно ухудшают прогноз заболевания, приводят к утяжелению его течения и присоединению коморбидных расстройств, включая злоупотребление психоактивными веществами [38].

Функциональные возможности больных прогрессивно ухудшаются по мере нарастания числа эпизодов БАР [19]. Это связывают с возможным усилением нейродегенеративных процессов мозга при прогрессировании заболевания, о чем может свидетельствовать наличие когнитивного дефицита, выявляющегося у больных БАР в периоды эутимии и нарастающего по мере увеличения числа перенесенных эпизодов болезни [15]. В то же время ранняя устойчивая ремиссия обеспечивает в будущем более высокий уровень психосоциальной активности и более продолжительный эутимный период [13]. Эти данные являются веским обоснованием целесообразности и необходимости ранней фармакологической интервенции и реабилитации, сроки начала которой напрямую зависят от своевременности установления диагноза [8; 41].

Особенности клинической картины БАР

Начало БАР чаще происходит в молодом возрасте, средний возраст дебюта заболевания около 21 года [30]. Масштабное популяционное исследование показало, что абсолютное большинство случаев БАР начинаются

в возрасте 15—24 лет, второй пик заболеваемости приходится на возраст 45—54 лет [24]. Возможно, у некоторых пациентов с БАР начало заболевания в среднем возрасте связано с более поздним возникновением первых маниакальных и гипоманиакальных эпизодов на фоне предшествующего длительного монополярного течения, а также недостаточным учетом сопутствующей соматической и неврологической патологии, которая может лежать в основе развития схожих по проявлениям состояний [10; 18].

Сложность клинической картины депрессивной фазы БАР является причиной несвоевременной диагностики заболевания. Она имеет ряд клинических особенностей, отличающих ее от РДР. Депрессивные состояния при БАР не всегда соответствуют критериям типичного депрессивного эпизода (F32) по МКБ-10, а ближе к атипичным депрессиям, выделенным в DSM-IV [9]. Для них характерны высокий уровень психомоторной заторможенности и тяжести в теле, лабильность эмоций, гиперфагия, сопровождающаяся увеличением массы тела, и гиперсомния [6; 7]. В структуре БАР чаще развиваются депрессии с психотическими симптомами, суицидальными тенденциями и больше пациентов с семейным анамнезом расстройства и более ранним возрастом начала до 25 лет [9].

Депрессия в рамках БАР имеет тенденцию к более быстрому нарастанию симптоматики, большую частоту обострений (примерно вдвое выше) и меньшую длительность по сравнению с РДР, она отличается более выраженной сезонностью, чем униполярная депрессия [31].

Большое внимание исследователей привлекают *смешанные биполярные состояния*, как наиболее сложные с позиции диагностики и лечения. Наличие смешанных эпизодов ассоциировано с тенденцией к хронификации болезни и худшему прогнозу [40]. Пациенты со смешанными состояниями хуже отвечают на фармакотерапию, в том числе на препараты лития [14; 39]. У пациентов с эпизодами смешанной структуры время достижения ремиссии дольше, а длительность ремиссии короче [34]. Смешанные состояния чаще возникают у пациентов, имеющих наследственную отягощенность по БАР, перенесших повторные тяжелые психические травмы, злоупотребляющих различными психоактивными веществами, у лиц с неврологическими проблемами (эпилепсия, мигрень, черепно-мозговая травма, неспецифические изменения на ЭЭГ), а также бесконтрольно принимающих различные психотропные средства [29].

Коморбидность БАР с другими психическими расстройствами и соматическими заболеваниями

Биполярное аффективное расстройство относится к гетерогенным психическим заболеваниям, при которых коморбидность является ско-

рее правилом, чем исключением. Коморбидные соматические состояния являются неотъемлемой характеристикой БАР [26; 36]. Наиболее частыми коморбидными соматическими болезнями при БАР являются ожирение (21—32%), артериальной гипертензией страдают до 35% пациентов, гиперлипидемией — около 23%, сахарным диабетом — 11—17%, патологией костно-суставной системы — 15%, хроническими obstructивными болезнями легких — до 11% [22]. Риск развития алкогольной зависимости при БАР в 6—7 раз выше, чем в общей популяции [21]. Большая частота постановки ошибочного диагноза РДР связана с тем, что пациенты с БАР чаще (50—75%) ищут помощи в период депрессивного эпизода [5].

Наличие коморбидных соматических расстройств при БАР ассоциируется с тенденцией болезни к хроническому течению, худшим прогнозом, большим бременем болезни в целом, снижением качества жизни. БАР является одной из ведущих причин инвалидности во всем мире, преждевременной смертности наравне с суицидами, насильственной смертью и смертностью от сопутствующей соматической патологии [11; 16; 23; 25].

В исследовании «Программа систематического улучшения терапии биполярного расстройства» (*Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder; STEP-BD*) показано, что у пациентов с БАР распространенность любых коморбидных состояний составляет 58,8%. К ним относятся алкоголизм, злоупотребление психоактивными веществами, курение и сопутствующие личностные и тревожные расстройства [15].

Вероятность наличия сопутствующих тревожных расстройств у пациентов с БАР, по данным ряда исследований, составляет 46,8%. Тревожные расстройства распределены таким образом: панические расстройства, социофобия и другие фобии, генерализованное тревожное расстройство, ПТСР, обсессивно-компульсивное расстройство [37; 41].

Расстройства личности также являются формой психической патологии, коморбидной с биполярным аффективным расстройством. Анти-социальное и избегающее расстройства личности диагностируются примерно у 30% больных БАР [12].

Результаты лонгитюдного исследования, опубликованного в 2017 г., показали, что личностные расстройства могут выступать в качестве фактора риска для развития биполярного аффективного расстройства [32].

Пациенты с БАР и коморбидным расстройством личности по сравнению с пациентами с БАР без расстройства личности имеют более выраженные симптомы аффективного расстройства и более низкий уровень функционирования. Расстройства личности из кластера А (параноидное, шизоидное, шизотипическое) являются наиболее значимыми предикторами худшего исхода у пациентов с биполярной депрессией,

а наличие коморбидного расстройства личности кластера В (антисоциальное, пограничное, истерическое, нарцисстическое) — условием повышения риска суицидальности [9; 28].

Фазный характер аффективных периодов с отчетливыми ремиссиями, отсутствие или минимальная выраженность дефицитарной симптоматики определяют сохранность социальной адаптации больных БАР на протяжении всей жизни при условии эффективной вторичной профилактики рецидивов. Целью длительного профилактического лечения является не только предупреждение суицидального поведения или рецидива депрессивных и маниакальных фаз, но и коррекция субсиндромальных нарушений, повышение качества жизни, сохранение когнитивных и функциональных возможностей пациента [1; 2; 20; 35].

Особое место во вторичной профилактике БАР занимают нормотимические средства. Препараты этой группы в настоящее время являются «терапией первого выбора» для предупреждения развития как маниакальной, так и депрессивной фаз.

Важным прогностическим показателем течения БАР является длительность нелеченой болезни (ДНБ), которая определяется как временной период между первым аффективным эпизодом и началом адекватного фармакологического лечения. В ходе натуралистического пятилетнего катамнестического исследования пациентов с БАР, установлено, что есть прямая корреляция между ДНБ и худшим прогнозом течения заболевания, в частности, числом завершенных суицидов. Лица, у которых ДНБ составляла более двух лет, достоверно чаще, чем пациенты, у которых ДНБ не достигала двух лет, совершали суицидальные попытки (24,2% и 12,3%, соответственно) [4].

В настоящее время психофармакотерапия является основным методом лечения БАР, но во многих случаях фармакотерапия как монотерапия не приводит к полной ремиссии [19]. А. Мансфелд с соавторами в обзоре литературы по интервенциям при БАР отмечают необходимость сочетания фармакологического лечения с психотерапией [27].

Выводы

Особенности клинической картины БАР, трудности своевременной диагностики расстройства могут являться факторами неблагоприятного течения, определяющими затруднение выбора адекватной терапии, снижение качества жизни, рост инвалидизации, преждевременную смертность.

Большая частота коморбидных психических расстройств и соматических заболеваний ассоциируется с худшим прогнозом, тенденцией болезни к хроническому течению, увеличением числа осложнений.

Раннее выявление факторов неблагоприятного течения БАР позволит более эффективно проводить терапевтические и реабилитационные мероприятия, улучшить прогноз течения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузавкова М.В., Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Клинико-фармакокинетический прогноз эффективности антиконвульсантов, нормотимиков и солей лития при вторичной профилактике шизоаффективного и аффективного психозов // Новые достижения в терапии психических заболеваний / Под ред. С.Н. Мосолова. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2002. С. 356—372.
2. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 384 с.
3. Allilaire J.F. Diagnosis of bipolar disorder and rationale of early treatment // Bulletin de l'Academie nationale de medecine. 2010. Vol. 194 (9). P. 1695—1703.
4. Altamura A.C., Dell'Osso B., Berlin H.A., et al. Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2010. Vol. 260 (5). P. 385—391. doi:10.1007/s00406-009-0085-2
5. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision) [Электронный ресурс]. URL: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bipolar.pdf (дата обращения: 10.11.2019).
6. Benazzi F. Prevalence of bipolar II disorder in atypical depression // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 1999. Vol. 249 (2). P. 62—65. doi:10.1007/s004060050067
7. Benazzi F. Depression with DSM-IV atypical features: a marker for bipolar II disorder // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2000. Vol. 250 (1). P. 53—55. doi:10.1007/s004060050010
8. Berk M., Hallam K., Lucas N., et al. Early intervention in bipolar disorders: opportunities and pitfalls // Medical Journal of Australia. 2007. Vol. 187 (7). P. 11—14. doi:10.5694/j.1326-5377.2007.tb01328.x
9. Bowden C.L. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression // Psychiatric Services. 2001. Vol. 52 (1). P. 51—55. doi:10.1176/appi.ps.52.1.51
10. Cassidy F., Carroll B.J. Vascular risk factors in late onset mania // Psychological Medicine. 2002. Vol. 32 (2). P. 359—362. doi:10.1017/S0033291701004718
11. Crump C., Sundquist K., Winkleby M.A., et al. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: Swedish national cohort study // JAMA Psychiatry. 2013. Vol. 70 (9). P. 931—939. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1394
12. George E.L., Miklowitz D.J., Richards J.A., et al. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates // Bipolar Disorders. 2003. Vol. 5 (2). P. 115—122. doi:10.1034/j.1399-5618.2003.00028.x
13. Goldberg J.F., Harrow M. Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up // Journal of Affective Disorders. 2004. Vol. 81 (2). P. 123—131. doi:10.1016/S0165-0327(03)00161-7

14. *González-Pinto A., Barbeito S., Alonso M., et al.* Poor long-term prognosis in mixed bipolar patients: 10-year outcomes in the Vitoria prospective naturalistic study in Spain // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2011. Vol. 72 (5). P. 671—676. doi:10.4088/JCP.09m05483ye1
15. *Goodwin F.K., Jamison K.R.* Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2nd ed. New York; Oxford: University Press, 2007. 1262 p.
16. *Hayes J.F., Miles J., Walters K., et al.* A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2015. Vol. 131 (6). P. 417—425. doi:10.1111/acps.12408
17. *Hirschfeld R.M.A., Lewis L., Vornik L.A.* Perceptions and impact of bipolar disorder: How far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2003. Vol. 64 (2). P. 161—174. doi:10.4088/JCP.v64n0209
18. *Joyce K., Thompson A., Marwaha S.* Is treatment for bipolar disorder more effective earlier in illness course? A comprehensive literature review [Электронный ресурс] // *International Journal of Bipolar Disorders*. 2016. Vol. 4 (1). URL: journalbipolar disorders.springeropen.com/articles/10.1186/s40345-016-0060-6 (дата обращения: 18.11.2019). doi:10.1186/s40345-016-0060-6
19. *Keck P.E.J., McElroy S.L., Strakowski S.M., et al.* Twelve-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode // *American Journal of Psychiatry*. 1998. Vol. 67 (11). P. 28—33.
20. *Kennedy S.H., Lam R.W., Parikh S.V., et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults // *Journal of Affective Disorders*. 2009. Vol. 117 (S1). P. S1—S2. doi:10.1016/j.jad.2009.06.043
21. *Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., et al.* Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey // *Archives of General Psychiatry*. 1994. Vol. 51 (1). P. 8—19.
22. *Kilbourne A., Cornelius J., Han X., et al.* Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder // *Bipolar Disorders*. 2004. Vol. 6 (5). P. 368—373. doi:10.1111/j.1399-5618.2004.00138.x
23. *Krahn G.L.* WHO World Report on Disability: A review // *Disability and Health Journal*. 2011. Vol. 4 (3). P. 141—142. doi:10.1016/j.dhjo.2011.05.001
24. *Kroon J.S., Wohlfarth T.D., Dieleman J., et al.* Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study // *Bipolar Disorders*. 2013. Vol. 15 (3). P. 306—313. doi:10.1111/bdi.12058
25. *Kupfer D.J.* Increasing medical burden in bipolar disorder // *JAMA*. 2005. Vol. 293 (20). P. 2528—2530. doi:10.1001/jama.293.20.2528
26. *Magalhães P.V., Kapczinski F., Nierenberg A.A., et al.* Illness burden and medical comorbidity in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2012. Vol. 125 (4). P. 303—308. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01794.x
27. *Mansfield A.K., Dealy J.A., Keitner G.I.* Family interventions for bipolar disorder: a review of the literature // *Neuropsychiatry*. 2012. Vol. 2 (3). P. 231—238. doi:10.2217/npv.12.27

28. *Mantere O., Isometsä E., Ketokivi M., et al.* A prospective latent analyses study of psychiatric comorbidity of DSM-IV bipolar I and II disorders // *Bipolar Disorders*. 2010. Vol. 12 (3). P. 271—284. doi:10.1111/j.1399-5618.2010.00810.x
29. *McElroy S.L.* Understanding the complexity of bipolar mixed episodes // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008. Vol. 69 (2). P. e06. doi:10.4088/JCP.0208e06
30. *Merikangas K.R., Jin R., He J.P., et al.* Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative // *Archives of General Psychiatry*. 2011. Vol. 68 (3). P. 241—251. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.12
31. *Motovskiy B., Pecenak J.* Psychopathological characteristics of bipolar and unipolar depression — potential indicators of bipolarity // *Psychiatria Danubina*. 2013. Vol. 25 (1). P. 34—39.
32. *Ng T.H., Burke, T.A., Stange J.P., et al.* Personality disorder symptom severity predicts onset of mood episodes and conversion to bipolar I disorder in individuals with bipolar spectrum disorder // *Journal of Abnormal Psychology*. 2017. Vol. 126 (3). P. 271—284. doi:10.1037/abn0000255
33. *Øiesvold T., Nivison M., Hansen V., et al.* Classification of bipolar disorder in psychiatric hospital. A prospective cohort study [Электронный ресурс] // *BMC Psychiatry*. 2012. Vol. 12. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3317873/> (дата обращения: 21.11.2019). doi:10.1186/1471-244X-12-13
34. *Perugi G., Akiskal H.S., Micheli C., et al.* Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases // *Journal of Affective Disorders*. 1997. Vol. 43 (3). P. 169—180.
35. *Post R.M., Leverich G.S., Kupka R.W., et al.* Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2010. Vol. 71 (7). P. 864—872. doi:10.4088/JCP.08m04994yel
36. *Price A.L., Marzani-Nissen G.R.* Bipolar disorders: A review // *American Family Physician*. 2012. Vol. 85 (5). P. 483—493.
37. *Suppes T., Leverich G.S., Keck P.E., et al.* The Stanley Foundation Bipolar treatment outcome Network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients // *Journal of Affective Disorders*. 2001. Vol. 67. P. 45—59. doi:10.1016/S0165-0327(01)00432-3
38. *Suppes T., Kelly D.I., Perla J.M.* Challenges in the management of bipolar depression // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2005. Vol. 66 (5). P. 11—16.
39. *Swann A.C., Lafer B., Perugi G., et al.* Bipolar mixed states: an international society for bipolar disorders task force report of symptom structure, course of illness, and diagnosis // *American Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 170 (1). P. 31—42. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12030301
40. *Valenti E.A., Pacchiarotti I., Rosa A.R., et al.* Bipolar mixed episodes and antidepressants: a cohort study of bipolar I disorder patients // *Bipolar Disorders*. 2011. Vol. 13 (2). P. 145—154. doi:10.1111/j.1399-5618.2011.00908.x
41. *Vázquez G.H., Baldessarini R.J., Tondo L.* Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders: clinical and therapeutic overview // *Depression and Anxiety*. 2014. Vol. 31 (3). P. 196—206. doi:10.1002/da.22248
42. *Vieta E., Rosa A.R.* Evolving trends in the long-term treatment of bipolar disorder // *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2007. Vol. 8 (1). P. 4—11. doi:10.1080/15622970601083280

43. Vieta E. *Managing Bipolar Disorder in Clinical Practice*. 3rd ed. London: Springer Healthcare, 2013. 149 p.

REFERENCES

1. Kuzavkova M.V., Kostyukova E.G., Mosolov S.N. Kliniko-farmakokineticheskie prognoz effektivnosti antikonvul'santov, normotimikov i soli litiya pri vtorichnoi profilaktike shizoaffektivnogo i affektivnogo psikhozov. Novye dostizheniya v terapii psikhicheskikh zabolevanii [Clinical and pharmacokinetic prognosis of the effectiveness of anticonvulsants, normotimics and lithium salts in the secondary prevention of schizoaffective and affective psychoses]. In Mosolov S.N. (ed.). *Novye dostizheniya v terapii psikhicheskikh zabolevanii* [New findings in mental disorders therapy]. Moscow: "BINOM. Laboratoriya znanii" Publ., 2002, pp. 356—372.
2. Mosolov S.N., Kostyukova E.G., Kuzavkova M.V. Bipolyarnoe affektivnoe rasstroistvo: diagnostika i terapiya [*Bipolar Affective Disorder: Diagnosis and Therapy*]. Moscow: MEDpress-inform, 2008. 384 p.
3. Allilaire J.F. Diagnosis of Bipolar Disorder and Rationale of Early Treatment. *Bulletin de l'Academie nationale de medecine*, 2010. Vol. 194 (9), pp. 1695—1703.
4. Altamura A.C., Dell'Osso B., Berlin H.A., et al. Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2010. Vol. 260 (5), pp. 385—391.
5. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision) [Elektronnyi resurs]. 2002 Available at: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bipolar.pdf (Accessed 10.11.2019). // *American Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 159. № 4. P. 1—50.
6. Benazzi F. Prevalence of bipolar II disorder in atypical depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1999. Vol. 249 (2), pp. 62—65. doi:10.1007/s004060050067
7. Benazzi F. Depression with DSM-IV atypical features: a marker for bipolar II disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2000. Vol. 250 (1), pp. 53—55. doi:10.1007/s004060050010
8. Berk M., Hallam K., Lucas N., et al. Early intervention in bipolar disorders: opportunities and pitfalls. *Medical Journal of Australia*, 2007. Vol. 187 (7), pp. 11—14. doi:10.5694/j.1326-5377.2007.tb01328.x
9. Bowden C.L. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services*, 2001. Vol. 52 (1), pp. 51—55. doi:10.1176/appi.ps.52.1.51
10. Cassidy F., Carroll B.J. Vascular risk factors in late onset mania. *Psychological Medicine*, 2002. Vol. 32 (2), pp. 359—362. doi:10.1017/S0033291701004718
11. Crump C., Sundquist K., Winkleby M.A., et al. Comorbidities and- mortality in bipolar disorder: Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*, 2013. Vol. 70 (9), pp. 931—939. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1394
12. George E.L., Miklowitz D.J., Richards J.A., et al. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disorders*, 2003. Vol. 5 (2), pp. 115—122. doi:10.1034/j.1399-5618.2003.00028.x

13. Goldberg J.F., Harrow M. Consistency of remission and outcome in bipolar and unipolar mood disorders: a 10-year prospective follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 2004. Vol. 81 (2), pp. 123—131. doi:10.1016/S0165-0327(03)00161-7
14. González-Pinto A., Barbeito S., Alonso M., et al. Poor long-term prognosis in mixed bipolar patients: 10-year outcomes in the Vitoria prospective naturalistic study in Spain. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2011. Vol. 72 (5), pp. 671—676. doi:10.4088/JCP.09m05483yel
15. Goodwin F.K., Jamison K.R. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2nd ed. New York; Oxford: University Press, 2007. 1262 p.
16. Hayes J.F., Miles J., Walters K., et al. A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2015. Vol. 131 (6), pp. 417—425. doi:10.1111/acps.12408
17. Hirschfeld R.M.A., Lewis L., Vornik L.A. Perceptions and impact of bipolar disorder: How far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2003. Vol. 64 (2), pp. 161—174. doi:10.4088/JCP.v64n0209
18. Joyce K., Thompson A., Marwaha S. Is treatment for bipolar disorder more effective earlier in illness course? A comprehensive literature review [Elektronnyi resurs]. *International Journal of Bipolar Disorders*, 2016. Vol. 4 (1). Available at: journalbipolar disorders.springeropen.com/articles/10.1186/s40345-016-0060-6 (Accessed 18.11.2019). doi:10.1186/s40345-016-0060-6
19. Keck P.E.J., McElroy S.L., Strakowski S.M., et al. Twelve-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry*, 1998. Vol. 67 (11), pp. 28—33.
20. Kennedy S.H., Lam R.W., Parikh S.V., et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Introduction. *Journal of Affective Disorders*, 2009. Vol. 117 (S1), pp. S1—S2. doi:10.1016/j.jad.2009.06.043.
21. Kessler R.C., McGonagle K.A., Zhao S., et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1994. Vol. 51 (1), pp. 8—19.
22. Kilbourne A., Cornelius J., Han X., et al. Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2004. Vol. 6 (5), pp. 368—373. doi:10.1111/j.1399-5618.2004.00138.x
23. Krahn G.L. WHO World Report on Disability: A review. *Disability and Health Journal*, 2011. Vol. 4 (3), pp. 141—142. doi:10.1016/j.dhjo.2011.05.001
24. Kroon J.S., Wohlfarth T.D., Dieleman J., et al. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar Disorders*, 2013. Vol. 15 (3), pp. 306—313. doi:10.1111/bdi.12058
25. Kupfer D.J. Increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA*, 2005. Vol. 293 (20), pp. 2528—2530. doi:10.1001/jama.293.20.2528
26. Magalhães P.V., Kapczinski F., Nierenberg A.A., et al. Illness burden and medical comorbidity in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2012. Vol. 125 (4), pp. 303—308. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01794.x

27. Mansfield A.K., Dealy J.A., Keitner G.I. Family interventions for bipolar disorder: a review of the literature. *Neuropsychiatry*, 2012. Vol. 2 (3), pp. 231—238. doi:10.2217/npv.12.27
28. Mantere O., Isometsä E., Ketokivi M., et al. A prospective latent analyses study of psychiatric comorbidity of DSM-IV bipolar I and II disorders. *Bipolar Disorders*, 2010. Vol. 12 (3), pp. 271—284. doi:10.1111/j.1399-5618.2010.00810.x
29. McElroy S.L. Understanding the complexity of bipolar mixed episodes. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2008. Vol. 69 (2), p. e06. doi:10.4088/JCP.0208e06
30. Merikangas K.R., Jin R., He J.P., et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 2011. Vol. 68 (3), pp. 241—251. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.12
31. Motovsky B., Pecenak J. Psychopathological characteristics of bipolar and unipolar depression — potential indicators of bipolarity. *Psychiatria Danubina*, 2013. Vol. 25 (1), pp. 34—39.
32. Ng T.H., Burke T.A., Stange J.P., et al. Personality disorder symptom severity predicts onset of mood episodes and conversion to bipolar I disorder in individuals with bipolar spectrum disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 2017. Vol. 126 (3), pp. 271—284. doi:10.1037/abn0000255
33. Øiesvold T., Nivison M., Hansen V., et al. Classification of bipolar disorder in psychiatric hospital. A prospective cohort study [Elektronnyi resurs]. *BMC Psychiatry*, 2012. Vol. 12. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3317873/> (Accessed 21.11.2019). doi:10.1186/1471-244X-12-13
34. Perugi G., Akiskal H.S., Micheli C., et al. Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases. *Journal of Affective Disorders*, 1997. Vol. 43 (3), pp. 169—180.
35. Post R.M., Leverich G.S., Kupka R.W., et al. Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2010. Vol. 71 (7), pp. 864—872. doi:10.4088/JCP.08m04994ye1
36. Price A.L., Marzani-Nissen G.R. Bipolar disorders: A review. *American Family Physician*, 2012. Vol. 85 (5), pp. 483—493.
37. Suppes T., Leverich G.S., Keck P.E., et al. The Stanley Foundation Bipolar treatment outcome Network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders*, 2001. Vol. 67, pp. 45—59. doi:10.1016/S0165-0327(01)00432-3
38. Suppes T., Kelly D.I., Perla J.M. Challenges in the management of bipolar depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2005. Vol. 66 (5), pp. 11—16.
39. Swann A.C., Lafer B., Perugi G., et al. Bipolar mixed states: an international society for bipolar disorders task force report of symptom structure, course of illness, and diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 2013. Vol. 170 (1), pp. 31—42. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12030301
40. Valenti E.A., Pacchiarotti I., Rosa A.R., et al. Bipolar mixed episodes and antidepressants: a cohort study of bipolar I disorder patients. *Bipolar Disorders*, 2011. Vol. 13 (2), pp. 145—154. doi:10.1111/j.1399-5618.2011.00908.x
41. Vázquez G.H., Baldessarini R.J., Tondo L. Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders: clinical and therapeutic overview. *Depression and Anxiety*, 2014. Vol. 31 (3), pp. 196—206. doi:10.1002/da.22248

42. Vieta E., Rosa A.R. Evolving trends in the long-term treatment of bipolar disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2007. Vol. 8 (1), pp. 4—11. doi:10.1080/15622970601083280
43. Vieta E. *Managing Bipolar Disorder in Clinical Practice*. 2nd ed. 3rd ed. 2009 London: Springer Healthcare, 2013. 127 149 p.

Информация об авторах

Довженко Татьяна Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории психологического консультирования и психотерапии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5456-2573>, e-mail: dtv99@mail.ru

Царенко Дмитрий Михайлович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории психологического консультирования и психотерапии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1160-2755>, e-mail: dropship@rambler.ru

Юдеева Татьяна Юрьевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психологического консультирования и психотерапии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4981-3171>, e-mail: tatiana.yudeeva@yandex.ru

Information about the authors

Tat'yana V. Dovzhenko, Doctor in Medicine, Professor, Chief Researcher, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5456-2573>, e-mail: dtv99@mail.ru

Dmitrii M. Tsarenko, Ph.D. (Medicine), Senior Researcher, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1160-2755>, e-mail: dropship@rambler.ru

Tat'yana Yu. Yudeeva, Ph.D. (Psychology), Associate Professor, Senior Researcher, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4981-3171>, e-mail: tatiana.yudeeva@yandex.ru

Получена 30.09.2019

Принята в печать 29.01.2020

Received 30.09.2019

Accepted 29.01.2020

СОБЫТИЯ
EVENTS

ОБ УЧЕБНИКЕ С.М. МОРОЗОВА «ИСТОРИЯ ПСИХОЛОГИИ» (МОСКВА, 2019)

В.К. ЗАРЕЦКИЙ

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ),

г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>,

e-mail: zar-victor@yandex.ru

Представлена рецензия на учебник С.М. Морозова «История психологии»
(М.: Изд-во МПСУ, 2019 — 374 с.).

Ключевые слова: история психологии, учебник, образование, методология.

Для цитаты: Зарецкий В.К. Об учебнике С.М. Морозова «История психологии» (Москва, 2019) // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 180—183. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280111>

ON S.M. MOROZOV'S “HISTORY OF PSYCHOLOGY” TEXTBOOK (MOSCOW, 2019)

VIKTOR K. ZARETSKII

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>,

e-mail: zar-victor@yandex.ru

CC BY-NC

We present a review on Sergey Morozov's textbook "History of psychology" (Moscow: MPSU Publ., 2019 — 374 p.).

Keywords: history of psychology, textbook, education, methodology.

For citation: Zaretskii V.K. On S.M. Morozov's "History Of Psychology" Textbook (Moscow, 2019). *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 180—183. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280111>. (In Russ., abstr. in Engl.)

В 2019 г. произошло важное событие, которого долго ждали студенты и преподаватели факультета «Консультативная и клиническая психология» МГППУ. Профессор кафедры индивидуальной психологии и психотерапии Станислав Михайлович Морозов на основе своих лекций подготовил учебник «История психология», опубликованный издательством Московского психолого-социального университета, рекомендованный к печати редакционно-издательским советом Российской академии образования.

На первый взгляд, учебник как будто бы подготовлен в отечественной традиции подобных изданий по истории психологии (М.Г. Ярошевский, А.В. Петровский, А.Н. Ждан, Т.Д. Марцинковская). Однако в связи с тем, что на рубеже XX и XXI столетия психология, а следовательно, и ее история, стала меняться, по-видимому, возникла необходимость отразить эти изменения в осмыслении истории психологии.

Традиционно история психологии делилась на «донаучный» период, когда психологическое знание постепенно вызревало внутри философии, что продолжалось вплоть до середины XIX в., до появления первых экспериментальных исследований в психологии и создания Вундтом научной лаборатории. С.М. Морозов в своем учебнике называет этот период «психология как пневматология», подчеркивая ее связь с метафизикой. Далее в учебниках по истории психологии рассматривался второй период — период становления психологии как науки, сложный, драматичный, сопровождающийся борьбой различных школ, противостояния отечественной и «буржуазной» психологии (в советское время), борьбой за «сознание» и «личность» как предметы психологического исследования и т. д. Поскольку психология так и не достигла стадии парадигмального знания, по Т. Куну, то, видимо, она так и продолжает пребывать в периоде становления «как науки».

С.М. Морозов вводит еще одну важную линию в рассмотрение истории психологии. Поскольку во второй половине XX в. в различных странах мира, включая СССР, психология как наука включается в решение практических задач, а в последней четверти XX в. начинает рассматри-

ваться как практика, а не только как наука, т. е. создает не только знание о человеке, его психике, здоровье, развитии и т. д., но также и знание о том, как специалисту, психологу-практику, с этим работать, С.М. Морозов обращается к корням возникновения идей психологии как практики и рассматривает становление психологи как движение по двум неразрывно связанным линиям: теоретико-экспериментальной и философско-практической. К философско-практической линии автор относит гуманистическую и экзистенциальную психологию, которые нередко рассматриваются как единое направление. Также кратко описаны новые направления, возникшие в зарубежной психологии на рубеже XIX и XX вв., и изменения в современной отечественной психологии.

Особый интерес представляет история отечественной психологии. В советских учебниках обычно говорилось, что до 1917 г. психологии в России не существовало. Но С.М. Морозов находит корни российской психологии в XVIII веке, и, насколько это возможно сделать на 100 страницах текста, подробно просматривает линии развития отечественной психологии вплоть до последних лет, уделяя внимание драматическим 1930-м годам (травля Л.С. Выготского, постановление ЦК ВКП(б) и Совнаркома СССР «О педологических извращениях в системе наркомпросов», за которым последовали репрессии психологов) и послевоенному периоду (знаменитая Павловская сессия). Во второй половине XX в. имя Л.С. Выготского постепенно, благодаря усилиям его учеников и соратников, возвращается в психологию, и сейчас культурно-историческая психология, как направление синтезирующее обе линии развития психологии, как «неклассическая» наука, начинает оказывать существенное влияние на развитие мировой психологии. История не признает сослагательного наклонения, но невольно возникает вопрос, какой могла бы быть отечественная психологии в ряду основных направлений развития психологии в мире, если бы не 1930 и 1950 годы. Но, увы, эти годы нельзя вычеркнуть из истории.

Отвечая на вопрос, зачем нужен еще один учебник, автор отмечает, что хороших учебников много, но написаны они давно, поэтому в них не представлены новые направления в психологии, которая развивается весьма интенсивно. Во-вторых, не может быть «одного, единственно правильного» взгляда на историю науки. В этом смысле всякое изложение истории психологии субъективно и пристрастно, зависит от предпочтений автора и традиции, к которой оно само принадлежит.

Важной особенностью учебника является то, что историческое движение психологического знания персонифицировано, дополнено краткими биографическими сведениями о субъектах его развития. Это очень полезно для общей ориентировки во времени и персоналиях, а также для понимания того, что линии развития зависят от людей, кото-

рые задают историческое движение в соответствии со своими взглядами и своей волей.

Учебник будет интересен не только студентам-психологам разных форм обучения и их преподавателям, но и всем, кто интересуется познанием внутреннего мира человека, динамикой представлений о человеке, его понимании и видении мира, что постепенно выходит в центр внимания самых различных специалистов, занимающихся проблемой взаимоотношения человека с миром, влиянием человеческой деятельности на изменения в мире, в котором мы живем.

Информация об авторах

Зарецкий Виктор Кириллович, кандидат психологических наук, профессор кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>, e-mail: zar-victor@yandex.ru

Information about the authors

Viktor K. Zaretskii, Ph.D. (Psychology), Professor, Chair of Individual and Group Psychotherapy, Counseling and Clinical Psychology Department, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8831-6127>, e-mail: zar-victor@yandex.ru

Получена 20.01.2020

Received 20.01.2020

Принята в печать 29.01.2020

Accepted 29.01.2020

**ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
И ПСИХОТЕРАПИИ**

**RESEARCH DIGEST IN CLINICAL
PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY**

НОВОЕ В ПОДХОДАХ К ЛИЧНОСТНЫМ РАССТРОЙСТВАМ

В настоящем дайджесте рассматриваются некоторые общие аспекты личностных расстройств, включая историю развития концепций, современные направления научных исследований, классификацию, распространенность, сопряженность с другими психическими и физическими расстройствами и лечение этих расстройств.

Для цитаты: Новое в подходах к личностным расстройствам // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 184—187. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280112>

NOVEL APPROACHES TO PERSONALITY DISORDERS

In the current digest we consider several general aspects of personality disorders, including the development of the notion, modern scientific approaches, classifications, prevalence, comorbidity with other mental and somatic disorders and treatment. (Translated by Elena Mozhaeva).

For citation: Novel Approaches to Personality Disorders. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2020. Vol. 28, no. 1, pp. 184—187. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280112>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Ввиду внедрения дименсионального подхода и кардинальной ревизии критериев расстройств личности в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) хотелось бы обратить внимание читателей на обзор под названием «Личностное расстройство: болезнь в ином обличье», опубликованный в Журнале медицинских наук Упсалы (*Uppsala Journal of Medical Sciences*). Автор обзора: Лиза Экселиус (*Lisa Ekselius*) — профессор психиатрии Университета Упсалы (Швеция), специализируется на вопросах личности и личностных расстройств.

Экселиус определяет личностные расстройства (ЛР) как «проявление экстремальных личностных черт, которые вмешиваются в повседневную жизнь и способствуют значительному страданию и/или функциональным ограничениям» (с. 194). Главная черта ЛР — отклонение от нормы (в чувствах, мыслях, поведении и взаимоотношениях), характерной для данной культуры; согласно критериям Американской психологической ассоциации оно устойчиво во времени и проявляется во всех жизненных сферах.

Экселиус приводит как исторические взгляды на личностные отклонения, так и современные концепции ЛР. Подчеркивается принципиальная особенность диагностики ЛР — зависимость от самоотчетов и регистрации проявлений личностных особенностей в межличностных взаимодействиях или в клиническом эксперименте. Современное знание о патологических личностях основывается на четырех направлениях исследований:

- 1) изучение клинической картины (дает основание для постановки диагноза в соответствии с классификационной системой);
- 2) определение глубинных дисфункциональных личностных черт, а также ограничений способности и функциональности когнитивной, эмоциональной и контролирующей импульсы систем головного мозга;
- 3) исследование биологических систем и их функций, в том числе с использованием техник нейровизуализации;
- 4) генетические исследования, в том числе полногеномный поиск ассоциаций.

Таким образом, выявляется комплексная этиология личностной патологии, с взаимодействием генетических и средовых факторов, изменениями контуров связей в головном мозге и историей неблагоприятных воздействий в раннем детском возрасте, а также ролью психиатрических расстройств в детском и подростковом возрасте.

Действующие классификации ЛР основываются на удовлетворении определенного количества четко сформулированных и специфических критериев для каждого личностного расстройства. Традиционно среди профессионалов идет дискуссия: на чем должна строиться классификация — на специфических характеристиках или на тяжести функциональных отклонений. Используемые в настоящее время классификации МКБ-10

(с 1992 г.) и американская DSM-5 (с 2013 г.) основываются на симптомах, т. е. характеристиках клинической презентации, и включают в себя десять типов ЛР; при этом наиболее важным симптомом, объединяющим обе системы, являются нарушения функционирования в повседневной жизни.

Вместе с тем в новой МКБ-11, утвержденной ВОЗ в 2019 г. и вступающей в силу в странах-участницах с 1 января 2022 г., мы видим радикальную перемену: выделяются легкие, умеренные и тяжелые ЛР, т. е. критерием становится степень тяжести, определяемая как выраженность проблем в межличностных взаимоотношениях и/или способность и готовность выполнять ожидаемые от человека социальные и профессиональные роли. Таким образом, из МКБ-11 исчезли все специфические категории ЛР. Вместо типа клинических проявлений вводится код, описывающий клинические характеристики в формате различных доменов (т. е., сфер) — соответственно, отражающих негативную эмоциональность, отгороженность, диссоциальность/антисоциальность, расторможенность/безответственность, ананкастность/перфекционизм. Отдельным кодом представлен паттерн пограничности — эмоционально нестабильное личностное расстройство (пограничное личностное расстройство).

Справедливости ради, следует отметить, что подобный подход был ранее представлен в DSM-5 как альтернативная модель ЛР (часть III DSM-5). В нем критерием А выступают элементы личностного функционирования: два из них относятся к Я — идентичность и способность регулировать свое поведение и адаптировать его к требованиям ситуации с целью достижения поставленных личных целей (*self-direction*); другие два — это межличностные параметры — эмпатия и способность к взаимным глубоким и продолжительным отношениям с другими. Критерием В выступают черты патологической личности, организованные в пять широких доменов: негативная аффективность, отгороженность (ангедония, подозрительность), антагонизм (манипулятивность, склонность к обману, бессердечие, чувство превосходства), расторможенность (безответственность, отвлекаемость, рискованное поведение, жесткий перфекционизм) и психотизм (эксцентричность, необычные представления, когнитивная и перцептивная дисрегуляция). В рамках этой модели выделены следующие специфические ЛР: антисоциальное, избегающее, пограничное, нарциссическое, обсессивно-компульсивное и шизотипическое. В настоящее время исследуются возможности применения данной модели и ее ограничения.

ЛР широко распространены в общей популяции — по обобщенным данным, от 3,9% до 15,5%. Такой разброс обусловлен различиями в выборках, методах диагностики и дизайне исследований, а также некоторыми культурными расхождениями в отношении значимой личностной патологии. ЛР в большей мере представлены в популяции лиц, обраща-

ющихся за медицинской помощью: они выявляются у четверти пациентов в первичной сети помощи и почти половины пациентов в системе внебольничной психиатрической помощи. В амбулаторной и стационарной психиатрии лидирует диагноз пограничного личностного расстройства. Это расстройство отличает выраженная клиническая картина, его признаки проявляются в юном возрасте, но с годами показывают тенденцию к ослаблению.

В общей популяции ЛР в равной степени распространены у обоих полов, а подчас чаще встречаются у мужчин, но в клинических условиях их чаще распознают у женщин — возможно потому, что женщины чаще мужчин обращаются за помощью к специалистам.

Постановка формального диагноза личностного расстройства — это сфера ответственности и задача врача-психиатра — требует изучения всей жизненной истории и особенностей индивидуального развития пациента. Общие и постоянные проблемы на работе, в учебе и взаимоотношениях с окружающими обычно бросаются в глаза, а трудности в межличностной коммуникации нередко заметны при первой встрече с пациентом. Начальной точкой сбора данных о клинической истории пациента является разговор о текущих проблемах и жизненной ситуации в настоящее время. В ходе диагностического процесса нередко становится очевидно, что пациент удовлетворяет критериям ряда расстройств, причем не только личностного спектра. Подобная коморбидность очень характерна для всего спектра ЛР.

Учитывая значение ЛР для исхода лечения соматических и психических расстройств, специалисты, работающие в системе первичной, а также специализированной соматической помощи, должны уметь распознавать клинический паттерн, указывающий на присутствие такого расстройства.

Так как ЛР глубоко вплетены в мышление и поведение в ходе развития личности, они считаются трудными для лечения — в частности, для них нет специализированных фармакологических препаратов. В литературе можно найти очень немного рандомизированных контролируемых испытаний использования психотерапии в лечении ЛР, и их результаты говорят о том, что именно психологическая терапия должна составлять ядро лечения. Кроме того, учитывая, что фундаментальные проблемы пациентов с ЛР связаны с межличностными отношениями, в основе успешного подхода лежат структурированные и стабильные отношения между пациентом и клиницистом. Именно терапевтический альянс представляется наилучшим предиктором положительного исхода лечения.

Оригинал: *Ekselius L. Personality disorder: a disease in disguise // Upsala Journal of Medical Sciences. 2018. Vol. 123 (4). P. 194—204. doi:10.1080/03009734.2018.1526235*

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Гаряня Наталья Георгиевна — доктор психологических наук, профессор
Зарецкий Виктор Кириллович — кандидат психологических наук, профессор
Майденберг Эмануэль (США) — доктор психологии, клинический профессор психиатрии

Польская Наталия Анатольевна — заместитель главного редактора, доктор психологических наук, профессор

Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, профессор
Холмогорова Алла Борисовна — главный редактор, доктор психологических наук, профессор

Шайб Питер (Германия) — доктор естественных наук, психотерапевт

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Бабин Сергей Михайлович — доктор медицинских наук, профессор
Бек Джудит (США) — доктор психологии, клинический профессор
Гулина Марина Анатольевна (Великобритания, Россия) — доктор психологических наук, профессор

Кадыров Игорь Максумович — кандидат психологических наук, доцент
Карягина Татьяна Дмитриевна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник

Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор
Кехеле Хорст (Германия) — доктор медицины, доктор философии, профессор
Лэнгле Альфريد (Австрия) — доктор медицины, доктор философии, почетный доктор, приват-доцент, профессор

Орлов Александр Борисович — доктор психологических наук, профессор
Осорина Мария Владимировна — кандидат психологических наук, доцент
Перре Майнрад (Швейцария) — доктор психологии, почетный профессор
Петренко Виктор Федорович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАН

Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор
Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент
Тагэ Сэфик (Германия) — доктор медицины, психолог

Щелкова Ольга Юрьевна — доктор психологических наук, профессор
Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич — доктор медицинских наук, профессор

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию¹

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: moscowjournal.cpt@gmail.com

2. Объем материала не должен превышать 40 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде номера источника из списка литературы в квадратных скобках.

4. Кроме текста статьи должна быть предоставлена также следующая информация:

аннотация статьи (1000—1200 знаков) на русском и английском языках;

ключевые слова на русском и английском языках;

пристаетные библиографические списки. Подробные рекомендации и требования к оформлению списка литературы и транслитерации представлены на сайте: http://psyjournals.ru/files/69274/references_transliteration_rules.pdf

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, идентификационный номер в ORCID, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы — сделаны в WORD.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов представленные материалы отклоняются.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям (http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/article_requirements.shtml) является основанием для отправки материала на доработку автору.

¹ С требованиями к оформлению статей можно ознакомиться на сайте: http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/index.shtml