

СОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

К.В. СЫРОКВАШИНА*,
ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,
Москва, Россия,
syrokvashina@mail.ru

Представлен обзор основных психологических подходов к суицидальному поведению, в том числе применительно к самоубийствам подростков. Рассмотрены основные психологические модели суицидального поведения, разработанные в последние годы, и возможности их применения для анализа в подростковом возрасте. Выделены модели, уделяющие внимание факторам, которые являются ключевыми в переходе от мыслей о суициде к потенциально летальной суицидальной попытке (интерперсональная теория, интегративная мотивационно-волевая модель, трехшаговая теория). Приведены исследования среди подростков, выполненные на базе психологических моделей суицидального поведения. Обозначены основные специфические особенности современных моделей суицидального поведения.

Для цитаты:

Сыроквашина К.В. Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 3. С. 60—75. doi: 10.17759/cpp.2017250304

* *Сыроквашина Ксения Валерьевна*, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психологии детского и подросткового возраста, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «НМИЦПН имени В.П. Сербского») Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: syrokvashina@mail.ru

Ключевые слова: суицидальное поведение, подростковый возраст, психологическая модель суицидального поведения.

Введение

Проблема суицидального поведения среди подростков остается одной из наиболее актуальных для специалистов в области психического здоровья [10]. Будучи нетипичным для предподросткового и раннего подросткового периода, распространение суицидального поведения значительно возрастает в подростковом возрасте, причем особенно драматичным оказывается период от 15 до 19 лет [15]. Статистические данные показывают, что в настоящее время суицид является четвертой причиной смерти среди мальчиков и третьей — среди девочек 15—19 лет [40].

При оценке причин и профилактике подростковых суицидов учитываются теоретические модели и подходы к феномену суицидального поведения у подростков. Целый ряд вопросов, таких как возможности апробации и адаптации базовых концепций суицидального поведения, эмпирическая проверка существующих моделей на подростковых выборках, учет новых факторов (в том числе современных способов коммуникации и получения информации), встает перед исследователями при изучении проблемы суицидального поведения в подростковом возрасте. За последнее время в отечественных публикациях не раз подробно анализировались как подходы к суицидальному поведению в целом [3; 12; 13], так и исследования подростковой суицидальности [4; 5; 6; 8; 9]. В настоящей работе мы бы хотели сосредоточиться на современных теоретических моделях суицидального поведения в подростковом возрасте.

Специфические особенности подросткового возраста обуславливают особый подход к формированию концепций суицидального поведения. Кризисный характер подросткового возрастного периода в сочетании с несовершенством эмоционально-волевой регуляции, высокой эмоциональной и личностной уязвимостью, актуальность процесса формирования идентичности и картины мира, а также особая роль межличностных отношений и социальных связей — данные факторы необходимо учитывать при рассмотрении современных психологических моделей суицидального поведения у подростков.

Отечественные подходы к проблеме суицидального поведения

Традиционные отечественные подходы преимущественно акцентируют внимание на клинко-психологических механизмах суицидально-

го поведения. А.Г. Амбрумова рассматривала суицид как результат «... социально-психологической дезадаптации в условиях микросоциального конфликта» [1]. Согласно А.Г. Амбрумовой, отличительные черты подростковой суицидальности — недостаточно критичная оценка подростками последствий суицида, недооценка родителями серьезности их мотивов и поводов для совершения самоубийства, связь суицида и суицидальных попыток с другими видами девиантного поведения [2].

Важным вкладом в подростковую суицидологию стало использование А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян (1998) разработанной ими многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра при анализе факторов суицидального риска у подростков. В соответствии с выделенными в этой модели блоками (макросоциальным, семейным, личностным и интерперсональным) А.Б. Холмогорова и С.В. Воликова выделили значимые для суицидального поведения подростков факторы: в макросоциальной группе — массовая алкоголизация, в семейной — утрата близких, а также насилие и жестокое обращение, в личностной — перфекционизм, социальная тревожность, неспособность совладать со стрессом, в интерперсональной — проблемы во взаимоотношениях со сверстниками и школьная дезадаптация [11].

Особенность еще одного отечественного подхода к трактовке подросткового суицида состоит в выделении «аддиктивной» формы суицидального поведения, при которой повторяющиеся суицидальные попытки становятся для подростка привычной формой реагирования на стресс [7].

Зарубежные подходы к проблеме суицидального поведения

Среди зарубежных теорий суицидального поведения одной из наиболее влиятельных остается концепция «психической боли» Э. Шнейдмана. Суицид рассматривается им как средство избавления от психической боли. Выделяется особая роль неудовлетворенных потребностей (в любви, автономии, позитивном самовосприятии, поддержании отношений), а также чувства безнадежности. Кроме того, в концепции Э. Шнейдмана описываются когнитивные ограничения как способ снижения чувствительности к возрастающей амбивалентности [14]. Концепция «психической боли» повлияла на формирование целого ряда других моделей: теория избегания [16], модель «плача от боли» [42] и др.

Еще одним крупным направлением, в котором разрабатывались проблемы понимания суицидального поведения, является когнитивный подход. В рамках когнитивного подхода основным является понятие «безнадежности» как ключевой характеристики такого поведения [17];

18]. На основе концепции когнитивной триады при депрессии А. Бек описал возникновение суицидального кризиса при переживании безнадежности и невыносимости. Была специально разработана шкала «безнадежности», что позволило провести исследование на группах пациентов с депрессивными расстройствами и выявить роль безнадежности как медиатора между тяжестью депрессивного состояния и суицидальными мыслями и поведением [19]. Когнитивная триада в сочетании с когнитивной ригидностью, дихотомическим мышлением, селективностью внимания и сверхгенерализацией ведут к переживанию боли безнадежности, снижению возможностей совладания со стрессом и решения проблем, что способствует суицидальному поведению [29].

Другие концепции в рамках когнитивного подхода расширяют представление о возможных когнитивных факторах суицидального поведения. Так, в концепции дезадаптивных схем выделяется два типа схем: при неимпульсивных попытках — хроническая безнадежность, при импульсивных — воспринимаемая непереносимость [41]. В теории гибкой уязвимости предполагается возможность включения временного «суицидального модуля» на фоне повышенной уязвимости (когнитивной, эмоциональной и поведенческой) [35], также подчеркивается роль когнитивных искажений в формировании суицидального поведения [23].

В когнитивном подходе была разработана концептуальная когнитивно-поведенческая модель суицидального поведения у подростков, кроме того, на модель оказал влияние «диатез-стресс» подход. Спирито (*A. Spirito*) и соавторы включили в модель диатез-стресса уязвимость, обусловленную сочетанием врожденной предрасположенности к психопатологическим проявлениям и раннего травматического опыта в семье и среди сверстников. С учетом высокого уровня уязвимости для подростка более вероятными становятся дезадаптивные когнитивные, эмоциональные и поведенческие реакции на стрессовые события. Искажённые когнитивные процессы, трудности восприятия адаптивных решений и повышенный уровень аффективного возбуждения способствуют вовлечению подростка в дезадаптивное поведение с целью совладать со стрессовой ситуацией. Нарушения регуляции аффективных процессов, когнитивные проблемы и поведенческие дисфункции снижают устойчивость подростка в сложных жизненных ситуациях, что способствует появлению суицидальных мыслей и приводит к суицидальной попытке [36].

В рамках диалектико-поведенческого подхода Миллер (*A. Miller*) с соавторами, рассматривая проблему подросткового саморазрушающего и суицидального поведения, продолжают традицию трактовки суицидального и парасуицидального поведения, принятой для взрослых пациентов, как проявления пограничного личностного расстройства.

Осознавая сложность и препятствия для диагностики пограничного личностного расстройства в подростковом возрасте, они утверждают, что проявления данного расстройства у подростков схожи с взрослыми пациентами. Авторы предлагают разделение на более тяжелые ситуации, со стабильным диагнозом, и более легкие, с преходящими проявлениями ПРЛ, и считают поведенческие признаки пограничного расстройства личности (самоповреждение, спутанность идентичности, склонность к нанесению самоповреждений, употреблению алкоголя и нарушения пищевого поведения) наиболее актуальными для подросткового возраста [31].

Группа исследователей, задавшись вопросом о предпочтительности концепции «психической боли» и когнитивного подхода, сформулировала гипотезы о том, что переживание «психической боли» будет опосредовать (в сочетании с депрессией и безнадежностью) появление суицидальных мыслей, а преобладание «психической боли» позволит лучше предсказывать манифестацию суицидального поведения. На большой выборке студентов (средний возраст 18 лет) подтвердилась значимость трех факторов — депрессии, безнадежности и «психической боли», при этом в отношении суицидальной мотивации большим весом обладал фактор безнадежности, а фактор «психической боли» значимо лучше предсказывал появление суицидального поведения и подготовки к самоубийству [38].

Длительное время после публикации теории Э. Шнейдмана и исследований в когнитивном подходе разработки моделей аналогичного уровня в рамках новых подходов не появлялось. Однако ситуация изменилась с появлением интерперсональной теории Томаса Джойнера (*T. Joiner*), которая не только сместила фокус внимания в понимании суицидального поведения с внутриличностных переживаний на межличностную ситуацию и ее индивидуальное осмысление, но и вдохновила множество исследователей на эмпирическую проверку и верификацию этой концепции.

Интерперсональная теория Джойнера обращает внимание на специфическое переживание человеком отделенности от других людей [24; 39]. В интерперсональной теории суицида суицидальное поведение формируется в условиях сочетания желания и готовности умереть. Желание умереть определяется базовыми понятиями интерперсональной теории — воспринимаемой обременительностью для окружающих (субъект воспринимает себя как бремя для окружающих, особенно близких) и утраченным чувством принадлежности к группе. Готовность умереть формируется при повторяющейся экспозиции к рискованному поведению, влияющей на привыкание к чувству риска и переживанию боли (рис. 1) [25].

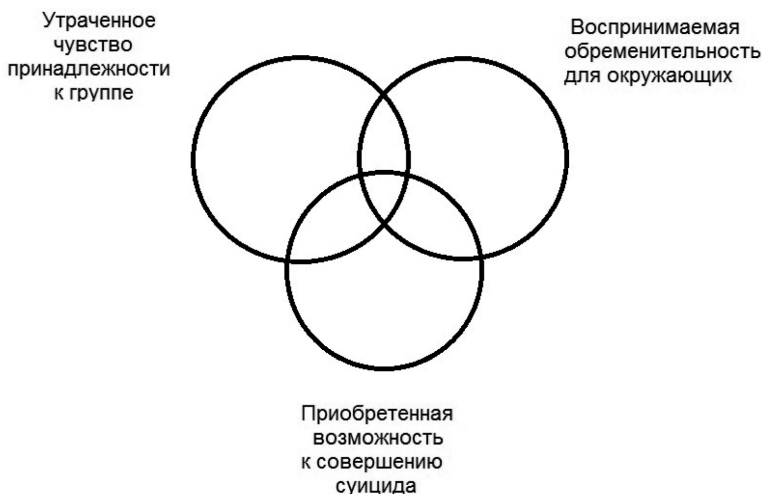


Рис. 1. Интерперсональная теория Томаса Джойнера

Интерперсональная теория Джойнера подвергалась многочисленным эмпирическим проверкам, в том числе с участием групп подростков [37]. Исследования применимости интерперсональной теории к подросткам показали возможность использования конструктов теории, однако большую согласованность продемонстрировали на выборках с уже имеющимися проблемами. На выборке подростков с повышенным уровнем суицидального риска вследствие межличностных проблем [34] было показано, что утраченное чувство принадлежности (в том числе в семье) в сочетании с высоким уровнем воспринимаемой обременительности ассоциируется с более высокой частотой и тяжестью мыслей о суициде. Исследование, проведенное на выборке подростков групп риска, показало, что утраченное чувство принадлежности и приобретенная способность к суициду не являются монокомпонентными конструктами и не позволяют предсказывать появление суицидальных идей. Специфические факторы риска и построение траекторий возрастания риска обладают лучшими характеристиками прогнозирования риска суицида [28].

Исследование, проведенное на клинической выборке госпитализированных подростков с выраженными тревожными и депрессивными расстройствами и суицидальным поведением, показало, что воспринимаемая собственная обременительность может влиять на актуальную суицидальность, а утраченное чувство принадлежности может усиливать симптомы депрессии. Вместе с тем согласованности компонентов в рассматриваемой модели не выявлено, и модель интерперсональной теории может быть признана действенной лишь отчасти [30].

В ряде современных теоретических подходов к исследованию суицидального поведения подчеркивается необходимость дифференциации факторов, обуславливающих возникновение суицидальных мыслей, и факторов, связанных с суицидальными действиями. Помимо интерперсональной теории Джойнера, к этой группе подходов относится интегративная мотивационно-волевая модель Рори О'Коннора (*R. O'Connor*) и трехшаговая модель Дэвида Клонски (*E.D. Klonsky*). Они сосредоточены на анализе факторов, которые являются ключевыми в переходе от мыслей о суициде к потенциально летальной суицидальной попытке, а также обстоятельств, когда и как осуществляется этот переход [22; 27].

Один из ведущих специалистов в современной суицидологии Р. О'Коннор разработал интегративную мотивационно-волевую модель суицидального поведения. Это трехчастная модель, предполагающая, что суицидальное поведение является следствием сложного взаимодействия факторов, предиктором которого является намерение участвовать в суицидальном поведении. Намерение, в свою очередь, определяется ощущением «ловушки», при котором суицид рассматривается как основной способ решения проблем в сложных жизненных обстоятельствах. Ощущение «ловушки», в свою очередь, вызвано переживанием поражений или унижений, которые часто связаны с хроническими или острыми стрессорами. Переходы от стадии поражения и унижения до ощущения «ловушки», от «ловушки» до суицидальных мыслей и намерений и от намерения к суицидальному поведению определяются модераторами (факторами, которые облегчают или препятствуют продвижению между этапами). На фазе предварительной мотивации фоновые факторы (например, лишения, уязвимости) и жизненные события (например, кризис отношений) обеспечивают более широкий биосоциальный контекст для самоубийства. Три части модели можно резюмировать следующим образом: предварительная мотивационная фаза (фоновые факторы, контекст), мотивационная фаза (развитие суицидальных мыслей) и волевая фаза (попытка самоубийства) (рис. 2). Следует отметить, что данная модель нацелена на решение одного из ключевых вопросов — это выделение факторов, определяющих именно суицидальное поведение, а не мысли [32].

Интегративная мотивационно-волевая модель послужила основой для ряда исследований, в том числе с участием подростков с самоповреждающим поведением. В ходе исследования было обнаружено, что мотивационные и предмотивационные переменные личности не различались у подростков, которые серьезно думали о самоповреждении, но никогда не действовали, и тех, кто фактически реализовал самоповреждения; тогда как волевые переменные (такие, как импульсивность и

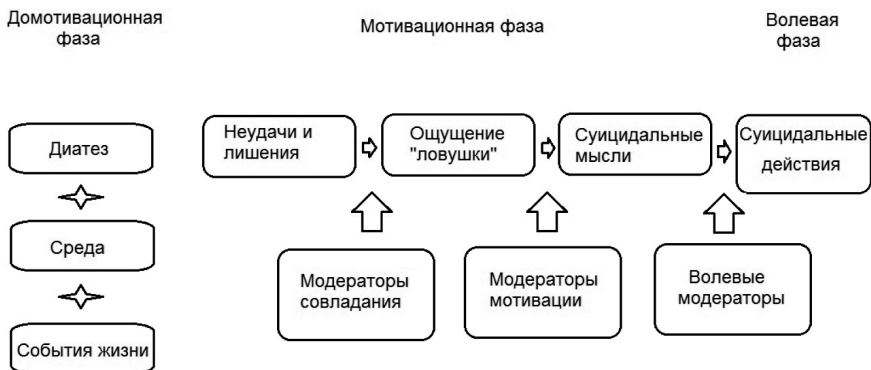


Рис. 2. Интегративная мотивационно-волевая модель Рори О'Коннора

имитация) были выражены именно в группе подростков с самоповреждением [33].

Еще одной современной моделью суицидального поведения является трехшаговая теория суицида Дэвида Клонски (*E.D. Klonsky*). На первом этапе происходит формирование суицидальных мыслей, которое начинается с переживания боли, преимущественно (но не обязательно) психической или эмоциональной. Одним из важных моментов является то, что природа боли не имеет принципиального значения. Переживание боли — не единственное, что приводит человека к мыслям о суициде, принципиальное значение имеет наличие или отсутствие надежды на улучшение ситуации. Именно комбинация боли и безнадежности приводит к размышлениям о суициде. На втором этапе принципиальным является наличие у субъекта связей с внешним миром, присутствие которых позволяет сохранить средний уровень выраженности размышлений о суициде, а отсутствие связей повышает интенсивность мыслей (рис. 3) [26].

Отсутствие связей в теории Клонски — параметр, сходный с воспринимаемой обременительностью для окружающих и утраченным чувством принадлежности к группе в теории Джойнера. Однако в отличие от последней она не определяет появление суицидальных мыслей, а способствует их усилению. На третьем этапе ключевым в переходе к суицидальной попытке является возможность совершить суицид (как и в теории Джойнера) [26].

Не будучи отмеченной в качестве одной из базовых, модель траекторий, разработанная Бридж (*J.A. Bridge*), Голдштейн (*T.R. Goldstein*) и Брент (*D.A. Brent*), учитывает динамический и возрастной факторы, а также факторы допубертатного и пубертатного этапов развития. В качестве важных допубертатных факторов учитываются особенности родите-



Рис. 3. Трехшаговая теория суицида Дэвида Клонски

лей, в том числе, психические расстройства в двух основных вариантах. При депрессивном расстройстве родителя у ребенка впоследствии развивается нейротизм, тревожность и безнадежность; при импульсивности и агрессии родителей (с возможными суицидальными попытками) у ребенка формируется импульсивность. В пубертатной фазе в первом варианте у подростка происходит формирование депрессии с включением суицидальных убеждений, во втором — импульсивности и агрессивности как личностных черт. На следующем этапе данные варианты траекторий сближаются, а дальнейшее развитие в сторону суицидального поведения определяется сочетанием стрессовых и защитных факторов, а также наличием таких дополнительных факторов, как алкогольная интоксикация, опосредованное воздействие через средства массовой информации или суицидальная попытка у сверстника. Наступлению завершенной суицидальной попытки способствует доступность средств совершения суицида [20; 21].

Заключение

Таким образом, спецификой современных моделей суицидального поведения является оценка суицида как результата взаимодействия

различных групп факторов, в основном в рамках биопсихосоциального подхода. Специалисты учитывают динамический фактор и пытаются построить траекторию суицидального поведения.

Следует отметить, что разделение на «истинные» и «демонстративные» суициды в современных концепциях отсутствует, что особенно важно в контексте подросткового суицидального поведения. Один из важных вопросов, решить который стараются современные теории — вопрос о факторах, обуславливающих переход от суицидальных мыслей к суицидальной попытке. Вместе с тем следует отметить, что основные модели суицидального поведения разрабатываются в отношении взрослой популяции, и лишь затем проводится их эмпирическая проверка на выборках подростков. Это определяет необходимость разработки теоретической модели на эмпирическом материале с учетом факторов, актуальных именно для подростков. Мы предполагаем, что учет специфики подросткового возраста позволит разработать психологическую модель суицидального поведения для этой возрастной категории с перспективой ее использования в профилактических и терапевтических мероприятиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. Т. 6. № 4. С. 14—20.
2. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. М., 1978. 13 с.
3. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. СПб.: Речь, 2006. 144 с.
4. Лукашук А.В., Филиппова М.Д., Сомкина О.Ю. Характеристика детских и подростковых суицидов (обзор литературы) // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2016. № 2. С. 137—143.
5. Павлова Т.С., Банников Г.С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. № 4. URL: http://psyedu.ru/journal/2013/4/Pavlova_Bannikov.phtml (дата обращения: 21.07.2017).
6. 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
7. Попов Ю.В., Бруг А.В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2005. № 2. С. 24—26.
8. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: СпецЛит, 2017. 366 с.
9. Сыроковашина К.В., Дозорцева Е.Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 8—24. doi:10.17759/cpp.20162403002

10. *Фесенко Ю.А., Холмогорова А.Б.* Случаи суицидов среди подростков как социальная проблема: по следам V всероссийского форума «Наши дети здоровье детей и факторы, его формирующие» // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 2. С. 188—193. doi:10.17759/cpp.2017250212
11. *Холмогорова А.Б., Воликова С.В.* Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 25.07.2017).
12. *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
13. *Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Магурдумова Л.Г.* Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения // Суицидология. 2013. Т. 4. № 3 (12). С. 26—36.
14. *Шнейдман Э.* Душа самоубийцы: пер. с англ. М.: Смысл, 2001. 132 с.
15. *Anderson R.N.* Deaths: Leading causes for 2000 // National Vital Statistics Reports. 2002. Vol. 50 (16). P. 1—85.
16. *Baumeister R.F.* Suicide as escape of self // Psychological Review. 1990. Vol. 97. P. 90—113.
17. *Beck A.T.* Hopelessness as a Predictor of Eventual Suicide // Annals of the New York Academy of Sciences, Psychology and Suicidal Behavior / J.J. Mann, M. Stanley (eds.). New York: New York Academy of Sciences, 1986. P. 90—96.
18. *Beck A.T., Brown G., Berchick R.J., Stewart B.L., Steer R.A.* Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients // American Journal of Psychiatry. 1990. Vol. 147. P. 190—195.
19. *Beck A.T., Weishaar M.E.* Suicide Risk Assessment and Prediction // Crisis. 1990. Vol. 11(2). P. 22—30.
20. *Brent D.A., Mann J.J.* Familial pathways to suicidal behavior — understanding and preventing suicide among adolescents // New England Journal of Medicine. 2006. Vol. 355 (26). P. 2719—2721. doi:10.1056/NEJMp068195
21. *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
22. *Burke T.A., Alloy L.B.* Moving Toward an Ideation-to-Action Framework in Suicide Research: A Commentary on May and Klonsky (2015) // Clinical Psychology: A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association. 2016. Vol. 23 (1). P. 26—30. doi:10.1111/cpsp.12134
23. *Jager-Hyman S., Cunningham A., Wenzel A., Mattei S., Brown G., Beck A.T.* Cognitive Distortions and Suicide Attempts // Cognitive Therapy and Research. 2014. Vol. 38. P. 369—374.
24. *Joiner T.* Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press, 2005. 288 p.
25. *Joiner T.E., Van Orden K.A., Witte T.K., Rudd M.D.* The interpersonal theory of suicide. Guidance for working with suicidal clients. Washington: American Psychological Association, 2009. 246 p.

26. Klonsky E.D., May A.M. The Three-Step Theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework // *International Journal of Cognitive Theory*. 2015. Vol. 8. P.114—129. doi:10.1521/ijct.2015.8.2.114
27. Klonsky E.D., May A.M., Saffer B.Y. Suicide, suicide attempt and suicide ideation // *Annual Review of Clinical Psychology*. 2016. Vol. 12. P. 307—330. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
28. Leventhal K. Suicidal behavior in adolescence: investigation of the interpersonal psychological theory in a high risk sample. PhD Dissertation. Kent State University, 2014.
29. Matthews J.D. Cognitive behavioral therapy approach for suicidal thinking and behaviors // *Mental Disorders — Theoretical and Empirical Perspectives / R. Woolfolk, L. Allen (Eds.)*. InTech, 2013. doi:10.5772/52418
30. Miller A.B., Esposito-Smythers C., Leichtweis R.N. A short-term, prospective test of the interpersonal—psychological theory of suicidal ideation in an adolescent clinical sample // *Suicide and life-threatening behavior*. 2015. Vol. 46 (3). P. 337—351.
31. Miller A., Rathus J., Linehan M. Dialectical behavioral therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford Press, 2007. 346 p.
32. O'Connor R.C. Towards an integrated motivational—volitional model of suicidal behaviour // *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice / R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon (eds)*. Chichester: John Wiley & Sons, 2011. P. 181—198. doi:10.1002/9781119998556.ch11
33. O'Connor R. C., Rasmussen S., Hawton K. Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm // *The British Journal of Psychiatry*. 2012. Vol. 200. P. 330—335. doi:10.1192/bjp.bp.111.097808
34. Opperman K., Czyz E.K., Gipson P.Y., King C.A. Connectedness and perceived burdensomeness among adolescents at elevated suicide risk: an examination of the interpersonal theory of suicidal behavior // *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*. 2015. Vol. 19 (3). P. 385—400. doi:10.1080/13811118.2014.957451
35. Rudd M.D. The suicidal mode: A cognitive behavioral model of suicidality // *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2000. Vol. 30. P. 18—33.
36. Spirito A., Esposito-Smythers C., Wolff J., Uhl K. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2011. Vol. 20. P. 191—204. doi:10.1016/j.chc.2011.01.012
37. Stewart S.M., Eaddy M., Horton S.E., Hughes J., Kennard B. The validity of the interpersonal theory of suicide in adolescence: a review // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2015. Vol. 46 (3). P. 437—449. doi:10.1080/15374416.2015.1020542
38. Troister T., Holden R. Factorial Differentiating among depression, hopelessness and psychache in statistically predicting suicidality // *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2013. Vol. 46 (1). P. 50—63. doi:10.1177/0748175612451744
39. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Selby E.A., Joiner T.E. Jr. The interpersonal theory of suicide // *Psychological Review*. 2010. Vol. 117 (2). P. 575—600. doi:10.1037/a0018697
40. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G. Global suicide rates among young people aged 15—19 // *World Psychiatry*. 2005. Vol. 4 (2). P. 114—120.

41. Wenzel A., Brown G., Beck A.T. Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and Clinical Applications. American Psychological Association, 2009. 377 p.
42. Williams J.M.G. The cry of pain. London: Penguin, 1997. 272 p.

MODERN PSYCHOLOGICAL MODELS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

K.V. SYROKVASHINA*,
The Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry
and Narcology, Moscow, Russia,
syrokvashina@mail.ru

In the paper, we analyze the main psychological approaches to suicidal behavior, including those applied to adolescent suicides. The models that emphasize the factors that play a significant role in the transition from suicidal thoughts to a potentially lethal suicidal attempt (interpersonal theory, integrative motivational-volitional model, three-step theory) are highlighted. Studies conducted among adolescents on the basis of psychological models of suicidal behavior are presented. The main specific features of modern models of suicidal behavior are indicated.

Keywords: suicidal behavior, adolescence, psychological model of suicidal behavior.

REFERENCES

1. Ambrumova A.G. Psikhologiya samoubiistva [Psychology of suicide]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and clinical psychiatry], 1996. Vol. 6, no. 4, pp. 14–20.
2. Ambrumova A.G., Zhezlova L.Ya. Metodicheskie rekomendatsii po profilaktike suitsidal'nykh deistvii v detskom i podrostkovom vozraste [Methodical recommendations for prevention of suicidal actions by children and adolescents]. Moscow, 1978. 13 p.
3. Zotov M.V. Suitsidal'noe povedenie: mekhanizmy razvitiya, diagnostika, korrektsiya [Suicidal behaviour: developmental mechanisms, diagnostics, correction]. Saint Petersburg: Rech', 2006. 144 p.
4. Lukashuk A.V., Filippova M.D., Somkina O.Yu. Kharakteristika detskikh i podrostkovykh suitsidov (obzor literatury) [Characteristics of child and adolescent

For citation:

Syrokvashina K.V. Modern Psychological Models Of Suicidal Behavior In Adolescents. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2017. Vol. 25, no. 3, pp. 60–75. doi: 10.17759/cpp.2017250304. (In Russ., abstr. in Engl.).

* Syrokvashina Kseniya Valer'evna, PhD (Psychology), Senior Researcher of Laboratory of Child and Adolescent Psychology, The Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia, email: syrokvashina@mail.ru

- suicide (review of literature)]. *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I.P. Pavlova* [Russian medical-biological journal named by I.P. Pavlov], 2016, no. 2, pp. 137—143.
5. Pavlova T.S., Bannikov G.S. Sovremennye teorii suitsidal'nogo povedeniya podrostkov i molodezhi [Elektronnyi resurs] [Modern theories of suicidal behaviour in adolescents and young adults]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie Psihologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological science and education psyedu.ru], 2013, no. 4. Available at: http://www.psyedu.ru/journal/2013/4/Pavlova_Bannikov.phtml (Accessed 21.07.2017). (In Russ., abstr. in Engl.).
 6. Poluskaya N.A., Vlasova N.V. Autodestrukivnoe 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, no. 4, pp. 176—190. doi:10.17759/cpp.2015230411. (In Russ., abstr. in Engl.).
 7. Popov Yu.V., Brug A.V. Addiktivnoe suitsidal'noe povedenie podrostkov [Addictive suicidal behavior in adolescents]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev], 2005, no. 1, pp. 24—26.
 8. Popov Yu.V., Pichikov A.A. Suitsidal'noe povedenie u podrostkov [Suicidal behavior in adolescents]. Saint Petersburg: SpecLit, 2017. 366 p.
 9. Syrokovashina K.V., Dozortseva E.G. Psikhologicheskie faktory riska suitsidal'nogo povedeniya podrostkov [Psychological Factors of Risk of Suicidal Behavior in Adolescents]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24, no. 3, pp. 8—24. doi: 10.17759/cpp.20162403002. (In Russ., abstr. in Engl.).
 10. Fesenko Yu.A., Kholmogorova A.B. Sluchai suitsidov sredi podrostkov kak sotsial'naya problema: po sledam V vserossiiskogo foruma «Nashi deti zdorov'e detei i faktory, ego formiruyushchie» [Suicides Among Adolescents As A Social Problem: 5th All-Russian Forum “Our Children. Children’s Health And Its Factors”]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2017. Vol. 25, no. 2, pp. 188—192. doi:10.17759/cpp.2017250212. (In Russ., abstr. in Engl.).
 11. Kholmogorova A.B., Volikova S.V. Osnovnye itogi issledovaniy faktorov suitsidal'nogo riska u podrostkov na osnove psikhosotsial'noi mnogofaktornoj modeli rasstroivstv affektivnogo spektra [Elektronnyi resurs] [The main results of studies of suicide risk factors in adolescents based on the psychosocial multifactor model of affective spectrum disorders]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* [Med. psihol. Ross.], 2012, no. 2. Available at: http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer11.php (Accessed: 25.07.2017). (In Russ., Abstr. in Engl.).
 12. 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, no. 3, pp. 144—163. doi:10.17759/cpp.20162403009. (In Russ., abstr. in Engl.).

13. 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, no. 3 (12), pp. 26—36. (In Russ., Abstr. in Engl.).
14. Shneidman E. Dusha samoubiitsy [The Suicidal Mind]. Moscow: Smysl, 2001. 132 p. (In Russ.).
15. Anderson R.N. Deaths: Leading causes for 2000. *National Vital Statistics Reports*, 2002. Vol. 50, no. 16, pp. 1—85.
16. Baumeister R.F. Suicide as escape of self. *Psychological Review*, 1990. Vol. 97, pp. 90—113.
17. Beck A.T. Hopelessness as a Predictor of Eventual Suicide // In Mann J.J., Stanley M. (eds.). *Annals of the New York Academy of Sciences, Psychology and Suicidal Behavior*. New York: New York Academy of Sciences, 1986, pp. 90—96.
18. Beck A.T., Brown G., Berchick R.J., Stewart B.L., Steer R.A. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 1990. Vol. 147, pp.190—195.
19. Beck A T, Weishaar M.E. Suicide Risk Assessment and Prediction. *Crisis*, 1990. Vol. 11, no. 2, pp. 22—30.
20. Brent D.A., Mann J.J. Familial pathways to suicidal behavior — understanding and preventing suicide among adolescents. *New England Journal of Medicine*, 2006. Vol. 355, no. 26, pp. 2719—2721. doi:10.1056/NEJMp068195
21. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006. Vol. 47, no. 3—4, pp. 372—394. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
22. Burke T.A., Alloy L.B. Moving Toward an Ideation-to-Action Framework in Suicide Research: A Commentary on May and Klonsky (2015). *Clinical Psychology : A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 2016. Vol. 23, no. 1, pp. 26—30. <http://doi.org/10.1111/cpsp.12134>.
23. Jager-Hyman S., Cunningham A., Wenzel A., Mattei S., Brown G., Beck A.T. Cognitive Distortions and Suicide Attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 2014. Vol. 38, pp. 369—374.
24. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, Harvard University Press, 2005. 288 p.
25. Joiner T.E., Van Orden K.A., Witte T.K., Rudd M.D. The interpersonal theory of suicide. Guidance for working with suicidal clients. Washington, American Psychological Association, 2009. 246 p.
26. Klonsky E.D., May A.M. The Three-Step Theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2015. Vol. 8, pp.114—129. doi:10.1521/ijct.2015.8.2.114.
27. Klonsky E.D., May A.M., Saffer B.Y. Suicide, suicide attempt and suicide ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2016. Vol. 12, pp. 307—330. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204.
28. Leventhal K. Suicidal Behavior in Adolescence: Investigation of the Interpersonal Psychological Theory in a High Risk Sample. PhD Dissertation. Kent State University, 2014.

29. Matthews J.D. Cognitive Behavioral Therapy Approach for Suicidal Thinking and Behaviors. In R. Woolfolk, L. Allen (Eds.). *Mental Disorders — Theoretical and Empirical Perspectives*. InTech, 2013. doi: 10.5772/52418.
30. Miller A.B., Esposito-Smythers C., Leichtweis R.N. A Short-Term, Prospective Test of the Interpersonal—Psychological Theory of Suicidal Ideation in an Adolescent Clinical Sample. *Suicide and life-threatening behavior*, 2015. Vol. 46, no. 3, pp. 337—351.
31. Miller A., Rathus J., Linehan M. Dialectical behavioral therapy with suicidal adolescence. Guilford Press, 2007. 346 p.
32. O'Connor R.C. Towards an Integrated Motivational—Volitional Model of Suicidal Behaviour. In R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon (eds.). *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. 2011. doi:10.1002/9781119998556.ch11.
33. O'Connor R.C., Rasmussen S., Hawton K. Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *The British Journal of Psychiatry*, 2012. Vol. 200, pp. 330—335. doi:10.1192/bjp.bp.111.097808.
34. Opperman K., Czyz E. K., Gipson P. Y., King C. A. Connectedness and Perceived Burdensomeness among Adolescents at Elevated Suicide Risk: An Examination of the Interpersonal Theory of Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 2015. Vol. 19, no. 3, pp. 385—400. <http://doi.org/10.1080/13811118.2014.957451>.
35. Rudd M.D. The suicidal mode: A cognitive behavioral model of suicidality. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 2000. Vol. 30, pp. 18—33.
36. Spirito A., Esposito-Smythers C., Wolff J., Uhl K. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 2011. Vol. 20, pp. 191—204. doi:10.1016/j.chc.2011.01.012
37. Stewart S. M., Eaddy M., Horton S. E., Hughes J., Kennard B. The Validity of the Interpersonal Theory of Suicide in Adolescence: A Review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2015. Vol. 46, no. 3, pp. 437—449. doi:10.1080/15374416.2015.1020542
38. Troister T., Holden R. Factorial Differentiating among depression, hopelessness and psychache in statistically predicting suicidality. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 2013. Vol. 46, no. 1, pp. 50—63. doi:10.1177/0748175612451744
39. Van Orden K.A., Witte T. K., Cukrowicz K. C., Braithwaite S.R., Selby E.A., Joiner T.E. Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 2010. Vol. 117, no. 2, pp. 575—600. <http://doi.org/10.1037/a0018697>.
40. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G. Global suicide rates among young people aged 15—19. *World Psychiatry*, 2005. Vol. 4, no. 2, pp. 114—120.
41. Wenzel A., Brown G., Beck A.T. Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and Clinical Applications. American Psychological Association, 2009. 377 p.
42. Williams J.M.G. The cry of pain. London: Penguin, 1997. 272 p.