

Скрининговая диагностика антивитаальных переживаний и склонности к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков (предварительные результаты)

Г.С. Банников,

кандидат медицинских наук, заведующий НИЛ «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи, ГБОУ ВПО города Москвы «Московский городской психолого-педагогический университет», старший научный сотрудник ФГБУ Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава Российской Федерации, Москва, Россия, bannikovgs@mgppu.ru

Павлова Т.С.,

научный сотрудник НИЛ «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи, ГБОУ ВПО города Москвы «Московский городской психолого-педагогический университет», Москва, Россия, pavlovats@mgppu.ru

Вихристюк О.В.,

кандидат психологических наук, руководитель Центра экстренной психологической помощи, ГБОУ ВПО города Москвы «Московский городской психолого-педагогический университет», Москва, Россия, vikhristukov@mgppu.ru

Для цитаты:

Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В. Скрининговая диагностика антивитаальных переживаний и склонности к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков (предварительные результаты) [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. №1. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/1/Bannikov_Pavlova.phtml дата обращения: дд.мм.гггг)

Bannikov G.S., Pavlova T.S., Vikhristyuk O.V. Screening diagnostics of antivital experiences and propensity toward impulsive, autoaggressive behavior in adolescents (preliminary results) Jelektronnyj resurs «Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru», E-journal «Psychological Science and Education psyedu.ru», 2014. no. 1. Available at: http://psyedu.ru/journal/2014/1/Bannikov_Pavlova.phtml (Accessed dd.mm.yyyy)

Разработка методов выявления антивитаальных переживаний и склонности к аутоагрессивному поведению в образовательных учреждениях является одним из ключевых этапов разработки стратегий первичной профилактики суицидального поведения у подростков. Целью данного исследования явилась разработка эффективного скринингового диагностического пакета, направленного на выявления антивитаальных переживаний и склонности к аутоагрессивному поведению. Методы обследования: Шкала безнадежности Бека, Шкала одиночества D. Russell, Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева, шкалы пограничности и нарциссизма Опросника PDQ-IV. На первом этапе были обследованы 750

несовершеннолетних в возрасте 12–18 лет и выявлена группа риска (85 человек – 11,4 %), в которую вошли подростки с высокими показателями как по отдельным шкалам, так и в их сочетании. На втором этапе были обследованы 10 подростков из группы риска. У 7 подростков из этой группы (70 %) были выявлены антивитальные, суицидальные мысли пассивного или навязчивого характера, признаки субъективной и объективной социально-психологической дезадаптации. Предварительно можно заключить, что высокие показатели шкал безнадежности и одиночества у подростков являются устойчивыми предикторами психоэмоционального неблагополучия и социально-психологической дезадаптации в период психологических кризисов и декомпенсации акцентуаций характера пограничного и нарциссического типов. Указанные шкалы могут быть рекомендованы для первичного скрининга антивитальных (депрессивных) переживаний и склонности к аутоагрессивному поведению подростков.

Ключевые слова: антивитальные переживания, суицид, аутоагрессивное поведение, скрининговая диагностика, подростковый возраст.

По данным Всемирной организации здравоохранения, за последние 45 лет показатели самоубийств возросли во всем мире на 60 %. В ряде стран самоубийство – одна из основных причин смерти в возрасте 15–44 лет и вторая по значимости в возрасте 10–24 лет, без учета попыток самоубийств, совершаемых в 20 раз чаще [10]. Уровни суицидов подростков и молодежи в России и странах СНГ втрое выше, чем в США [42].

Согласно концепции А.Г. Амбрумовой и ее соавторов, в основе формирования суицидального поведения лежит социально-психологическая дезадаптация личности, развивающаяся в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта [1]. «Объективно дезадаптация проявляется в поведении человека, в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможности справляться со своими социальными функциями. Субъективным выражением дезадаптации является широкая гамма психоэмоциональных переживаний (тревоги, горя душевной боли, обиды, стыда, возмущения, злобы, гнева)» [1, с. 9].

Так, признаки субъективной дезадаптации в виде наличия суицидальных мыслей отмечают у себя значительное число подростков и молодежи. Мысли о самоубийстве (без намерения его осуществления) присутствуют у 11,8 % школьников, желание убить себя – у 2% [22]; по данным опросника депрессии М. Kovacs, 14 % подростков отметили утверждение «Я думаю о самоубийстве, но не совершу его»; 8,8 % отметили утверждение «Я хочу покончить с собой» [18]. Среди 553 студентов-третьекурсников у 28 % выявлены суицидальные мысли и намерения, 4 % из них готовы к самоубийству «в подходящий момент» [15].

Данные свидетельствуют о серьезности проблемы и необходимости разработки профилактических программ, ориентированных на соответствующие группы населения, в первую очередь это касается подростково-молодежной среды. Разработка инструментария сопряжена с разработкой той или иной объяснительной модели, определением, какой именно набор факторов позволяет точнее предсказать индивидуальный риск или какой вес имеют различные факторы. Эффективность оценки риска суицида зависит также от того, насколько чувствителен измерительный прибор.

Безнадежность, одиночество и склонность к импульсивному, аутоагрессивному поведению как факторы риска социально-психологической дезадаптации

Наиболее часто среди факторов риска суицидального поведения подростков упоминаются следующие антивитальные переживания: *безнадежности, безбудущности и брошенности, ненужности, одиночества* [23; 30; 21; 37; 40]. Их сила и выраженность могут нарастать от пассивного, психологически понятного уровня до навязчивых

и сверхценных образований. Состояние безнадежности включает в себя два основных компонента: пессимистические установки на будущее и ощущение беспомощности перед ожидаемыми негативными событиями. Это один из трех механизмов, чаще всего проявляющихся у суицидентов, наряду с дефицитом навыков решения проблем и склонностью к обобщенным воспоминаниям, т. е. неспособностью опираться на свой жизненный опыт [20]. Безнадежность рассматривается как один из важных психологических предикторов суицида и сопутствующих форм поведения, связанный с наличием суицидальных намерений, формированием суицидальных идей и суицидами. Безнадежность может быть даже более важным предиктором суицидальных намерений, чем депрессия [5].

У мальчиков психологическими предикторами суицидального поведения являются безнадежность, зависимость и нарушения социально-психологической адаптации, у девочек – разлад в семье, нарушение семейно-ролевых отношений и, соответственно, представлений о них, ранние нарушения поведения [33]. Подросткам с суицидальными попытками, в отличие от подростков, лишь размышляющих о суициде, свойственны более глубокие переживания, связанные с безнадежностью, изоляцией и самим наличием суицидальных мыслей без желания обсуждать суицидальные мысли [39].

«Одиночество – катастрофа для психики человека, – пишет А.Г. Амбрумова, – одно из самых тяжелых переживаний» [2, с. 24]. Выделение невроза одиночества «как самостоятельной единицы кажется тем более настоящей потребностью суицидологии – поскольку состояние это имеет большую протяженность во времени, обладает неизменно осложняющейся динамикой и является одним из высоко суицидоопасных» [2, с. 24]. По Г.С. Салливану, у подростков с недостаточными социальными навыками вследствие искаженных отношений с родителями в детстве, как правило, наблюдаются трудности установления приятельских отношений со сверстниками. Неспособность удовлетворить потребность в личных контактах может привести к глубокому одиночеству подростка [16]. В исследовании переживаний безнадежности и одиночества подростков, совершавших попытку самоубийства, показано, что безнадежность и одиночество связаны с наличием суицидальных попыток, безнадежность связана с наличием попыток и при исключении фактора одиночества. У подростков обоих полов с попыткой самоубийства (за последний год или ранее) показатели одиночества и безнадежности выше, чем у не совершавших таких попыток. Однако без параметра одиночества связь между безнадежностью и суицидальным поведением значительно ослаблена. В последующие исследования одиночество может быть включено как потенциальная детерминанта подросткового суицидального поведения [36].

Важной составляющей в патогенезе суицидального поведения является выраженность в структуре личности импульсивности, эмоциональной нестабильности, склонности к аутоагрессивному поведению. Данному поведенческому паттерну соответствует в МКБ-10 и DSM-IV [26] пограничное и нарциссическое расстройство личности. Пограничный тип характеризуется постоянной тревогой, чувством брошенности и импульсивными поступками, нередко идущими в паре с суицидальным поведением. Аутодеструктивное поведение, которое проявляется в азартных играх, безответственных тратах денег, употреблении наркотиков, также является одной из типичных черт пограничного типа личности. Саморазрушающее поведение, свойственное людям с этим типом личностной организации, нередко проявляется и в суицидальных мыслях и попытках. Ключевыми чертами нарциссического типа личности являются гипертрофированное чувство собственной важности, стремление к неограниченному успеху в идеальной любви, потребность в восхищении, неспособность воспринимать точку зрения других, отсутствие сочувствия, высокая агрессия или аутоагрессия в ответ на отвержение. Суицид может выступать как нарциссический кризис [21], включающий в себя: нереалистичную самооценку, неспособность понять противоречивый характер межличностных

отношений, расхождение между фантазиями о смерти и реальностью смерти, сложности в понимании различий между естественной смертью и самоубийством, магическое обращение с реальностью.

Вопросам диагностики суицидальных тенденций подростков и молодежи с помощью разнообразных опросников в качестве скрининга посвящены многочисленные иностранные исследования [26; 24; 25; 28; 31; 32; 29; 34; 36] и пока малочисленные отечественные [8; 21; 13] в связи с отсутствием в России как единой современной концепции развития суицидального поведения подростков, так и, соответственно, диагностического инструмента для их выявления.

Психодиагностика суицидальных намерений (ПСН-2) [7], предложенная в системе образования как инструмент выявления суицидального поведения, не может быть использована в силу недостаточной теоретической обоснованности, отсутствия валидации и стандартизации, как и Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева [12] (для подростков), а Тест суицидальной мотивации Ю.Р. Вагина [8] эффективен при уже сформированных суицидальных намерениях и наличии доверительных отношений между подростком и психологом.

Целью проведенного нами научно-практического исследования была разработка эффективного скринингового диагностического пакета, направленного на выявления антивитаальных переживаний и склонности к аутоагрессивному поведению.

Гипотезой исследования стало утверждение, что у подростков с высокими показателями шкал безнадежности, одиночества и акцентуаций характера будут наблюдаться признаки психоэмоционального неблагополучия и социально-психологической дезадаптации.

Исследование было осуществлено в два этапа: 1) проведение скрининга по выявлению субъективной дезадаптации (антивитаальных, аутоагрессивных переживаний среди подростков и молодежи; 2) выявление группы риска и индивидуальная работа с подростками для подтверждения и/или опровержения данных скрининга и профилактики развития суицидальных тенденций.

Методы исследования представлены в табл. 1.

Таблица 1

Методы исследования		
Методика	Время на выполнение, мин.	Цели
<i>Инструменты оценки на первом этапе исследования</i>		
Шкала безнадежности (Hopelessness Scale) Beck et al. (1974) [6]	5–10	Оценка восприятия настоящего, прошлого и будущего
Шкала одиночества (UCLA – версия 3) Russell D. (1996) [38]	10–15	Оценка выраженности одиночества
Опросник суицидального риска (ОСР) А.Г. Шмелева (Т.Н. Разуваевой) [12]	10	Оценка суицидального риска
Опросник PDQ-IV – 2 шкалы (пограничная, нарциссическая)	5–10	Оценка личностных характеристик, отражающих нестабильность восприятия мира, диффузность Я, повышенную ранимость,

		чувствительность, нарциссическую уязвимость
<i>Общее время опроса</i>	30–45	
<i>Дополнительная методика на втором этапе исследования</i>		
Шкала тревоги и депрессии Гамильтона, карта оценки клинического состояния	15–40	Дифференцированная оценка психического состояния

Шкала *безнадежности* предназначена для предсказания возможности развития суицидального поведения на основе анализа мыслей о будущем и возлагаемых на него надежд. Данная методика служит косвенным индикатором суицидального риска у лиц, страдающих депрессией, а также у лиц, ранее совершавших попытки самоубийства. Методика может предъявляться в индивидуальном или групповом порядке. На выборке взрослых испытуемых в исследовании А. Бека средние показатели составили для группы с суицидальными мыслями $M=13,27$, для контрольной группы $M=8,94$ [23].

Шкала одиночества (UCLA Russell D. Версия 3) использовалась нами для оценки характера и выраженности взаимодействия с миром, переживаний свой нужности, необходимости. Степень градации шкалы одиночества автором и другими исследователями не выделяются, ограничиваясь в целом ее факторной структурой. В предыдущем варианте шкалы D. Russell, M. Ferguson были использованы следующие степени градации: высокая степень одиночества – 43–63 балла; средний уровень одиночества – 23–43 балла; низкий уровень одиночества – 5–23 балла [13].

Опросник суицидального риска предназначена для экспресс-диагностики суицидального риска, выявления уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Возможно индивидуальное и групповое тестирование. Нами этот опросник был использован не для диагностики суицидального риска, а для определения структуры переживаний внутри исследуемой группы. Под структурой переживания мы понимаем характер профиля по выделенным в опроснике шкалам.

Для оценки личностных характеристик, отвечающих, по литературным данным, за импульсивное, аутоагрессивное поведение использованы пограничная и нарциссическая шкалы *Опросника PDQ-IV*. Оценка результатов проведена по количеству баллов, набранных по каждой шкале, и общей сумме баллов. Стандартизация и валидизация опросника проведена в ФГБУ Московском НИИ психиатрии Минздрава РФ [3; 4].

Шкала оценки депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression) разработана в 1960 г. М. Гамильтоном для количественной оценки состояния пациентов с депрессивными расстройствами до, во время и после лечения (наблюдения клинической динамики). Она заполняется специалистом, имеющим опыт в оценке психического здоровья. Оценка суммарного балла: легкая степень депрессии – 14–17 баллов, умеренная депрессия – 18–25 баллов, тяжелая – более 25 баллов.

Клиническая карта разработана в ФГБУ Московском НИИ психиатрии Минздрава РФ под руководством О.П. Вертоградовой для углубленной оценки психического состояния [3].

На первом этапе исследования были обследованы 750 несовершеннолетних в возрасте 12–18 лет (медиана 14,6 лет): 60,8% – девочки и 39,2% – мальчики; 51,2% – жители Москвы и области и 48,8% – жители различных регионов России, преимущественно центральных ее районов. 440 подростков (Москва и регионы России) обследованы анонимно в период окончания учебного года. 310 подростков, преимущественно из Москвы и Московской области, писали свои имена или фамилии и знали, что к ним в последующем может обратиться психолог. Отказавшихся практически не было, психологи,

проводившие исследование, сообщали о начальном сопротивлении со стороны некоторых подростков и необходимости их дополнительной мотивации. Методом Колмогорова–Смирнова проведен сравнительный анализ показателей шкал по таким категориям, как пол, возраст, место проживания (Москва/Московская область – регионы), анонимность ответов, группы риска и нормы. Была выявлена группа риска, составившая 11,4 % (85 человек) от всех испытуемых, в которую вошли подростки с высокими показателями как по отдельным шкалам, так и в их сочетании.

На втором этапе исследования была проведена углубленная диагностика психического состояния 10 подростков группы риска (7 девочек и 3 мальчика, средний возраст – 15,6 лет).

Результаты исследования

Первый этап исследования. Средний показатель по шкале Бека составил 4,07 (0–20) баллов, что соответствует легкой степени безнадежности. Безнадежность не выявлена у 77,6 % респондентов, средний уровень безнадежности отмечен у 21 %, тяжелый уровень безнадежности – у 0,8 % подростков. Средний показатель *Шкалы одиночества* составил 23,03 баллов. Одиночество не выявлено в 49,5 % наблюдений, средняя степень одиночества выявлена в 48,5 % наблюдений, в 1,8 % наблюдений – тяжелая степень. Возможная акцентуация характера пограничного и нарциссического типа выявлена в 24,7 % и 22,4 % наблюдений соответственно, их сочетание – в 9,8% наблюдений.

Группу риска составили 85 человек (11,4 % выборки): 47 девочек и 38 мальчиков с высокими показателями по отдельным шкалам и в сочетании. Средний возраст – 13,8 лет. Из них 43 человека (50,5 %) проживают в регионах РФ и отвечали на анкеты анонимно, 42 человека (49,5 %) проживают в Москве и Московской области, что позволило провести обследование не анонимно.

В группе 17–18-летних средние показатели *Шкалы безнадежности* и *Шкалы одиночества* достоверно ($<0,05$) выше, чем в группе 13–14-летних (5,11940 против 3,82042) (рис. 1, 2).

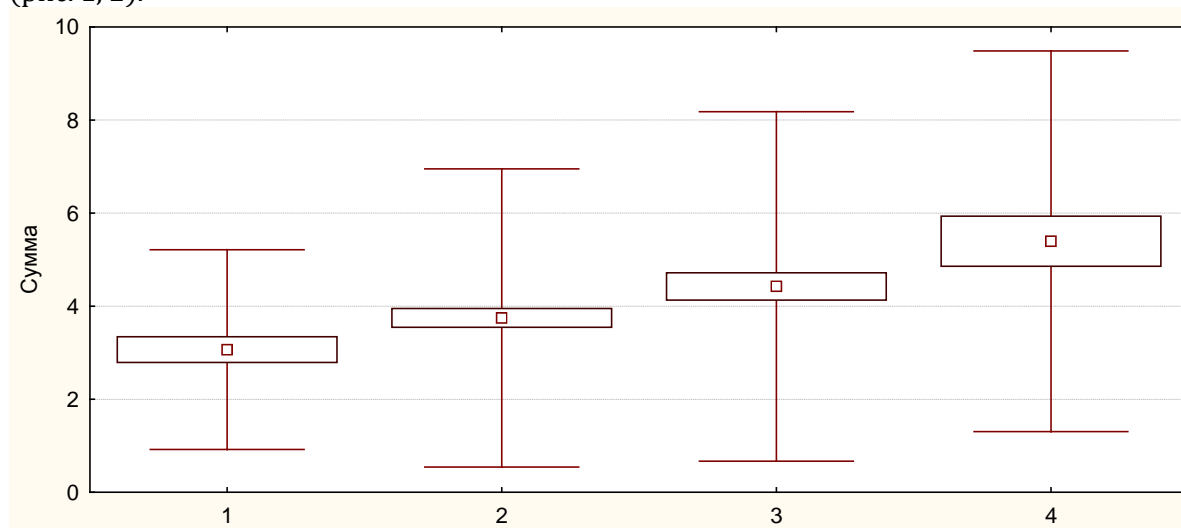







Рис. 1. Показатели *Шкалы безнадежности* в зависимости от возраста: 1 – группа 10–12-летних; 2 – группа 13–14-летних; 3 – группа 15–16-летних; 4 – группа 17–18-летних;  – Mean;  – Mean±SE;  – Mean±SD

– Mean;  – Mean±SE;  – Mean±SD

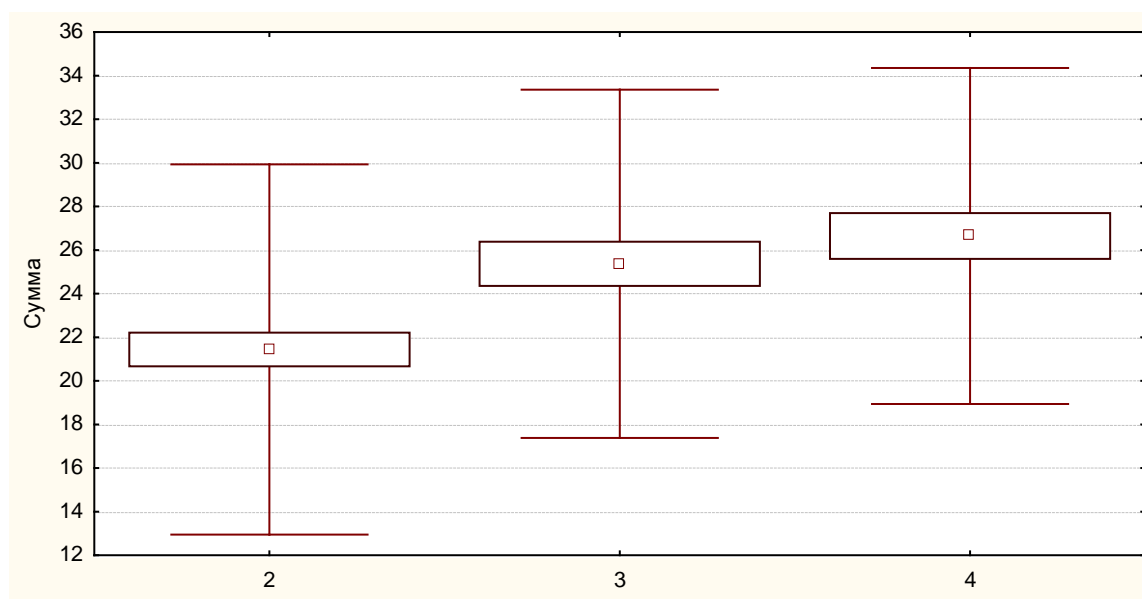


Рис. 2. Показатели *Шкалы одиночества* в зависимости от возраста: 2 – группа 13–14-летних; 3 – группа 15–16-летних; 4 – группа 17–18-летних;

■ – Mean ; □ – Mean±SE; ┆ – Mean±SD

У мальчиков – большее одиночество (средн. муж. – 24,43049; средн. жен. – 20,80714; $p < 0,005$) и меньший социальный пессимизм (средн. муж. – 4,33153; средн. жен. – 4,77419; $p < 0,05$). Разницы по акцентуациям не определялось.

При анонимных ответах по *Шкале безнадежности* показатели ниже, чем при не анонимных (средн. аноним. – 3,71509; средн. – не аноним. – 5,36434; $p < 0,001$), что может быть связано со временем проведения исследования (после окончания учебного года)

и предвкушением отдыха в лагере; по *Шкале одиночества* достоверных различий не получено (средн. аноним. – 23,09957; средн. не аноним. – 22,91667; $p < 0,10$).

Место жительства (Москва – регионы) не влияло на показатели по *Шкалам безнадежности, одиночества, акцентуации*.

При сравнении группы нормы и группы риска по *Шкале безнадежности* были выявлены достоверные различия по пунктам 11 и 14 (табл.1).

Таблица 2

Сравнения группы риска и группы нормы по Шкале безнадежности Бека

Переменные по Шкале безнадежности	P-уровень	Среднее – группа норма	Среднее – группа риска
«Все, что я вижу впереди, – скорее, неприятности, чем радости»	$p < ,005$	0,137996	0,523810
«Дела идут не так, как мне хочется»	$p < ,025$	0,305085	0,666667

По Шкале одиночества в этих группах методом Колмогорова–Смирнова получены значимые различия по пунктам 3, 4, 8, 11, 13, 14 (табл. 3).

Таблица 3

Сравнения группы риска и группы нормы по Шкале одиночества

Номер пункта шкалы	Переменные по Шкале одиночества (UCLA, версия 3)	Р-уровень	Среднее – группа норма	Среднее – группа риска
3	«Как часто вы чувствуете, что нет никого, к кому можно обратиться?»	p < 0,025	1,038235	2,85509
4	«Как часто вы чувствуете себя одиноким?»	p < 0,001	0,997085	2,105263
8	«Как часто вы чувствуете, что окружающие вас люди не разделяют ваших интересов и идей?»	p < 0,05	1,294118	2,052632
11	«Как часто вы чувствуете близость, единение с другими людьми?»	p < 0,005	0,865103	1,894737
13	«Как часто вы чувствуете, что ваши отношения с другими поверхностны?»	p < 0,005	1,315789	2,421053
14	«Как часто вы чувствуете себя изолированным от других?»	p < 0,001	0,801749	1,833333

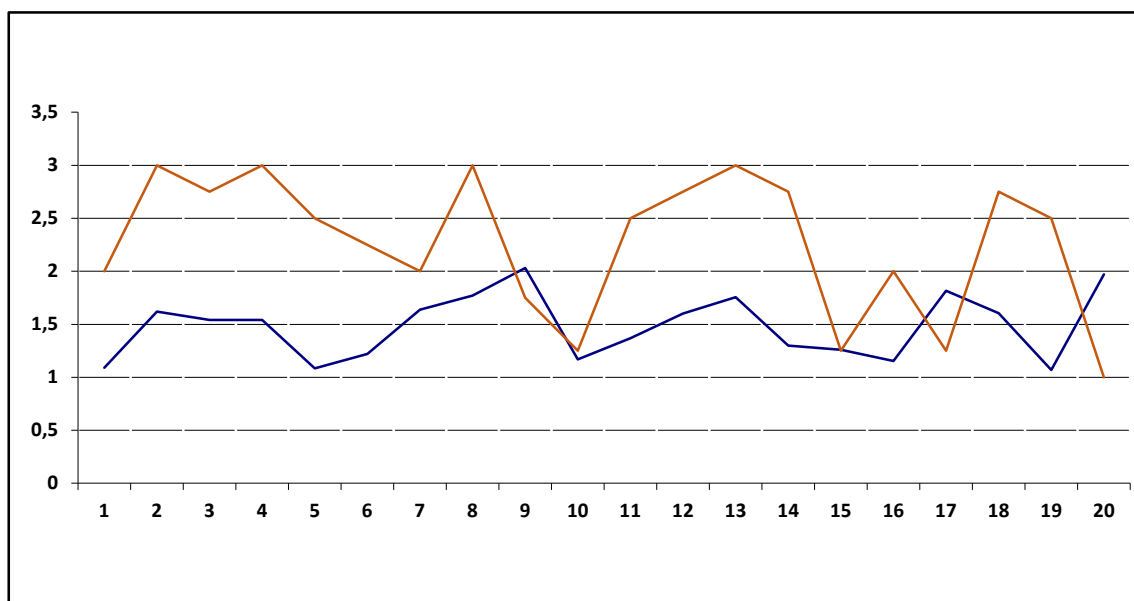


Рис. 3. Профиль *Шкалы одиночества*: — средний уровень одиночества;
— тяжелый уровень одиночества

Статистически достоверной разницы между группой нормы и группой риска по Опроснику суицидального риска (ОСР) выявлено не было (табл. 4).

Таблица 4

Сравнения группы риска и группы нормы по Опроснику суицидального риска

Переменная	Р - уровень	Среднее – группа норма	Среднее – группа риска
Демонстративность	$p > 0,10$	2,32621	2,85509
Аффективность	$p > 0,10$	3,59482	4,52941
Уникальность	$p > 0,10$	1,89871	2,47059
Несостоятельность	$p > 0,10$	3,26408	3,44118
Социальный пессимизм	$p > 0,10$	4,49935	4,47059
Слом культурных барьеров	$p > 0,10$	2,45210	2,70588
Максимализм	$p < 0,10$	1,82977	2,82353
Временная перспектива	$p > 0,10$	1,62637	2,35714
Антисуицидальный фактор	$p > 0,10$	3,42857	4,57143

Однако можно говорить о тенденциях – о преобладании в группе риска следующих переменных:

временная перспектива, отвечающая за невозможность планирования будущего с погруженностью в настоящую ситуацию и страхом неудач и поражений в будущем;

аффективность, характеризующаяся доминированием эмоций над рациональностью в оценке ситуации, импульсивным реагированием в стрессовой ситуации, а в крайнем варианте — аффективным сужением восприятия;

несостоятельность, выражающаяся в негативном восприятии себя, своей некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира;

уникальность, заключающаяся в восприятии себя, ситуации и, возможно, собственной жизни в целом, как явлений исключительных, не похожих на другие, что предполагает исключительные варианты выхода, в частности суицид (рис. 4).

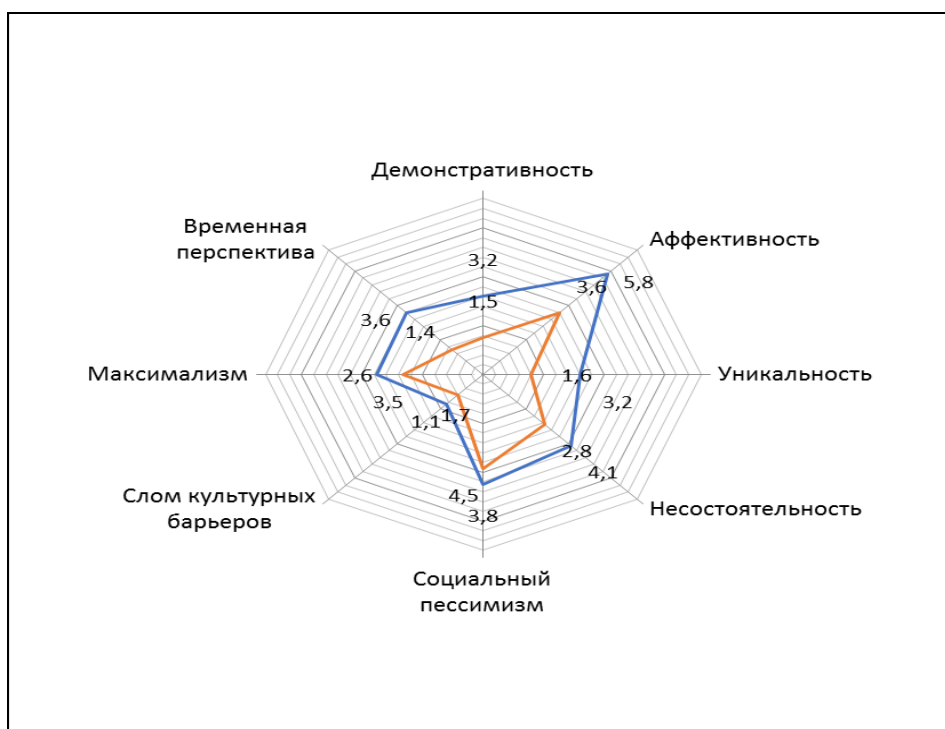


Рис. 4. Сравнительный профиль группы нормы и группы риска по Опроснику суицидального риска: — группа нормы; — группа риска

Нарциссизм и пограничные черты в структуре личности коррелируют только с выраженностью *Шкалы одиночества*; только пограничные черты коррелируют с *демонстративностью, аффективностью, уникальностью, несостоятельностью и социальным пессимизмом* по Опроснику суицидального риска; положительная корреляция выраженности *Шкалы безнадежности и Шкалы одиночества*.

Таблица 4

Взаимосвязь выраженности показателей безнадежности и одиночества с показателями Опросника суицидального риска и пограничной и нарциссической шкалой PDQ-IV

Переменные		Безнадежность	Одиночество
Безнадежность, общий балл		1,000000	0,346*
Шкалы Опросника суицидального риска	Демонстративность	0,153*	0,170*
	Аффективность	0,129*	0,270*
	Уникальность	0,260*	0,342*
	Несостоятельность	0,112*	0,258*
	Социальный пессимизм	-0,097	0,042
	Слом культурных барьеров	0,042	-0,003
	Максимализм	0,055	0,050
	Временная перспектива	0,456*	0,361*
Пограничная акцентуация личности		0,132	0,328*
Нарциссическая акцентуация личности		0,173	0,258*
<i>Примечание.</i> * – корреляции значимы при $p < 0,05$.			

Таким образом, в результате скрининга была выявлена группа риска 11,4 % (85 человек), в которую вошли подростки с высокими показателями как по отдельным шкалам, так и по их сочетанию, требующая уточнения их состояния через индивидуальную консультацию.

Второй этап исследования. Проведена первичная консультация 10 подростков группы риска (7 девочек и 3 мальчика), средний возраст – 15,6 лет. Использовались шкала депрессии Гамильтона и клиническая карта, разработанная в отделении аффективной патологии Московского НИИ психиатрии. Клиническая оценка психического состояния подростков группы риска проводилась с участием сотрудников отделения суицидологии ФГБУ Московского НИИ психиатрии Минздрава РФ. Учитывая небольшую выборку, в настоящее время можно говорить о некоторых тенденциях в различии клинических картин у мальчиков и девочек.

Так, у девочек развитие социально-психологической дезадаптации наблюдалось на фоне значимой психотравмирующей ситуации. В клинической картине на первый план выходила эмоциональная нестабильность, астенодепрессивный симптомокомплекс, мысли о смерти носили аффективный характер и легко поддавались коррекции в процессе психологического вмешательства. В целом представления о своей смерти носили фантазийный, нереалистичный характер и чаще были мотивационно связаны с протестом, обращением на себя внимания из-за несправедливости. Аутоагрессивные действия носили импульсивный характер (по типу разрядки аффекта) и в дальнейшем приводили к формированию идей вины, ангедонии. Средний балл по шкале Гамильтона

составил 14,5, что соответствует средней степени депрессии. В качестве пресуицидальных психологических маркеров на первый план в кризисном состоянии выходят эмоциональная нестабильность, импульсивность, сопровождающиеся агрессивностью в поведении, сужением восприятия по типу тоннельного видения.

У мальчиков развитие социально-психологическая дезадаптация было связано с реакциями декомпенсации у акцентуированной по пограничному и нарциссическому типу личности. Для мальчиков характерны сочетание таких противоречивых черт, как чувствительность, ранимость и холодность, жестокость, отгороженность от окружающего. Кризисные ситуации развивались на фоне отвержения, «непонимания» со стороны значимых им людей, угрозы потери или потери отношений со значимым человеком, невозможности достичь цели. Как правило, первой реакцией на травмирующее событие была вербальная форма агрессии, раздражительность, дисфоричность или надменная сдержанность. Эти ситуации объединяет производимый на личность подростка эффект, заключающийся в усилении размытости границ Я, и как следствие, в нарастании растерянности, тревоги, подавленности, раздражения. Мальчики в большей степени демонстрировали устойчивые мировоззренческие характеристики общего негативного взгляда на мир и себя, отчасти связанные с личностным радикалом (нарциссизм, негативизм), кризисными периодами подросткового возраста и, в некоторых наблюдениях, с расстройствами депрессивного спектра.

Средний балл по шкале Гамильтона составил 17,5, что соответствует средней степени депрессии.

Полученные нами данные носят предварительный характер, поскольку в недостаточном объеме проведен второй этап исследования, между тем именно он может либо подтвердить, либо опровергнуть гипотезу исследования. Важным этапом продолжения данного проекта, направленного на выявление эффективных скрининговых методик для определения антивитаальных переживаний, станет проведение клинического исследования с помощью аналогичных методик.

Использование Опросника суицидального риска в качестве феноменологического, а тем более диагностического, инструмента исследования представляется затруднительным в силу нечеткости определений выделенных категорий, отсутствия данных по его валидации и стандартизации как для взрослых, так и для подростков. Также в нашем исследовании не было выявлено с помощью данного опросника статистически значимых различий между группой нормы и группой риска. Нормы Опросника одиночества, возможно, требуют пересмотра в сторону расширения группы с «глубокой степенью одиночества». Одиночество и безнадежность в целом представляют собой феноменологически и патогенетически разные образования.

Безнадежность, возможно, теснее связана с депрессией, а одиночество – с личностными особенностями. Однако данная гипотеза требует подтверждения, для чего в дальнейшем в качестве диагностического инструмента планируется использовать опросник «Индекс хорошего самочувствия».

В качестве первичной профилактики дальнейшего развития и углубления антивитаальных переживаний нами была разработана программа тематических групповых и индивидуальных занятий, тематического кинозала (в настоящее время она апробируется и внедряется в практику в ряде учебных заведений).

Выводы

1. Высокие показатели по *Шкале безнадежности* и *Шкале одиночества* у подростков являются устойчивыми проявлениями психоэмоционального неблагополучия и социально-психологической дезадаптации при психологических кризисах и декомпенсации акцентуаций характера пограничного и нарциссического типов и расстройств аффективного спектра.

2. В рамках социально-психологической дезадаптации в 15 % наблюдений выявлены актуальные суицидальные мысли пассивного или навязчивого характера.

3. Безнадежность и одиночество – патогенетически разные образования, сочетание которых прогностически усиливает суицидальный риск. Степень выраженности безнадежности более связана с депрессивной симптоматикой, а одиночество больше отражает нарциссические черты личности.

4. *Шкала безнадежности* и *Шкала одиночества* могут быть рекомендованы в образовательных учреждениях для первичного скрининга антивитальных (депрессивных) переживаний.

Авторы выражают благодарность Е.А. Лескиной, психологу ЦЭПП МГППУ, за сбор и введение данных, А.В. Летовой, лаборанту-исследователю ЦЭПП МГППУ, за введение основного массива данных, П.Л. Пономареву за сбор данных среди спортсменов, И.Б. Бовиной за редакторскую работу с текстом.

Литература

1. *Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А.* Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М.: Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1980. 48 с.
2. *Амбрумова А.Г.* Психология одиночества и суицид //Актуальные проблемы суицидологии. 1981. Т. 92. С. 69–81.
3. *Банников Г.С.* Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакций дезадаптации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1998. 22 с.
4. *Банников Г.С., Кошкин К.А.* Антивитальные переживания, аутоагрессивное поведение и особенности личностного профиля подростка // Врач-аспирант. 2012. Т. 6.2 (55). С. 266–277.
5. *Бек А.* Когнитивная терапия депрессии/ Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
6. *Бек П., Ольсен Л., Нимеус А.* Психометрические шкалы оценки суицидального риска // Напрасная смерть. Причина и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман. М.: Смысл, 2005. С. 163–170.
7. Профилактика суицидального поведения/ Биркин А.А., Войцех В.Ф., Закондырина В.А., Кучер А.А. Мурманск: Пазори, 2004. 77 с.
8. *Вагин Ю.Р.* Профилактика суицидального и аддиктивного поведения у подростков. Пермь: Департамент образования и науки Администрации Перм. обл., 1999. 110 с.
9. *Войцех В.Ф., Гальцев Е.В.* Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19. № 2. С. 17–25.

10. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/ru/index.html (дата обращения: 12.09.2013).

11. *Дебольский М.Г., Матвеева И.А.* Суицидальное поведение осужденных, подозреваемых и обвиняемых в местах лишения свободы [Электронный ресурс] // Психология и право. 2013. № 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63783.shtml> (дата обращения: 18.01.2014).

12. Диагностика личности / Сост. Т.Н. Разуваева. Шадринск: Исеть, 1993. 26 с.

13. *Ишмухаметов И.Н.* Психометрические характеристики шкалы одиночества ucla (версия 3): изучение студентов вуза // Computer Model lingand New Technologies. 2006. Vol. 10. № 3. P. 89–95.

14. *Каргин А.М., Холмогорова А.Б., Войцех В.Ф.* Личностные факторы суицидального поведения у пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки // Социальная и клиническая психиатрия Т. 19. № 4. С. 15–20.

15. *Краснова В.В., Холмогорова А.Б.* Социальная тревожность и суицидальная направленность у студентов // Журнал неврологии и психиатрии. 2013. № 4. С. 50–53.

16. Лабиринты одиночества / Пер. с англ.; сост., общ. ред. и предисл. Н.Е. Покровского. М.: Прогресс, 1989. 624 с.

17. *Мягих Н.И., Ларина Н.И.* Теория и практика психологии кризисных ситуаций [Электронный ресурс] // Психология и право. 2011. № 2. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n2/40903.shtml> (дата обращения: 18.01.2014).

18. *Павлова Т.С.* Копинг-стратегии подростков с антивитаальными переживаниями [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru 2013. № 1. URL: <http://psyedu.ru/> (дата обращения: 07.10.2013).

19. *Ростомова Л.Н.* Актуализация конструктивного переживания вины несовершеннолетними правонарушителями [Электронный ресурс] // Психология и право. 2011. № 2. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n2/40906.shtml> (дата обращения: 18.01.2014).

20. *Сальковскис П.М.* Психологическое лечение суицидальных пациентов // Напрасная смерть. Причина и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман. М.: Смысл, 2005. С. 171–184.

21. *Хензелер Х.* Вклад психоанализа в проблему суицида // Энциклопедия глубинной психологии: В IV т. Т. II: Пер. с нем. М.: Когито-Центр: МДМ, 2001. С. 88–102.

22. *Холмогорова А.Б.* Суицидальное поведение в студенческой популяции/Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Горшкова Д.А., Мельник А.М. // Культурно-историческая психология. 2009. № 3. С. 101–110.

23. *Beck, A.T.* Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation/ Beck A.T., Steer R.A., Kovacs M., Garrison B. // American Journal Psychiatry. 1985. Vol. 142(5). P. 559–563.

24. *Bridge J.A., Golstein T.R., Brent D.A.* Adolescent suicide and suicidal behavior // Journal of Clinical Psychology and Psychiatry. 2006. Vol. 47 (3/4). P. 372–394.

25. *Cull J., Gill W.* Suicide Probability Scale (SPS) Manual. Los Angeles: Western Psychological Services, 1988. P. 35–39.

26. DSM-IV-TR American Psychiatric Association «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR». Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000. 955 p.

27. *Eggert L., Thompson E., Herting J.* A measure of adolescent potential for suicide (MAPS): development and preliminary findings // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1994. Vol. 24. P. 359–381.

28. *Firestone R., Firestone L.* Voices in suicide: The relationship between self-destructive thought processes, maladaptive behavior, and self-destructive manifestations // *Death Studies*. 1998. № 22. P. 411–443.

29. *Goldston D.* Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescents. 2000 [Электронный ресурс]. URL: http://www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId=235&name=DLFE-141.pdf (дата обращения 14.10.2013).

30. *Joiner T.E., Pfaff J.J., Acres J.G.* A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project // *Behavior Research and Therapy*. 2002. № 40. P. 471–481.

31. *Joiner T.* Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press. 2005. 63 p.

32. *Kazdin A., Rodgers A., Colbus D.* The Hopelessness Scale for Children: Psychometric characteristics and concurrent validity // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986. № 54. P. 241–245.

33. *Lewinsohn, P.* The Life Attitudes Schedule: A scale to assess adolescent life-enhancing and life-threatening behaviors / Lewinsohn P., Langhinrichsen-Rohling J., Langford R., Rohde P., Seeley J., Chapman J. // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1995. № 25. P. 458–474.

34. *McGee R., Williams S., Nada-Raja S.* Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2001. Vol. 29. № 4. P. 281–291.

35. *Meichenbaum D.* 35 years of working with suicidal patients: Lessons learned // *Canadian Psychology*. 2005. Vol. 46. P. 64–72.

36. *Page R., Yanagishita J., et. al.* Hopelessness and loneliness among suicide attempters in school-based samples of Taiwanese, Philippine and Thai adolescents // *School Psychology International*. 2006. Vol. 27(5). P. 583–598.

37. *Randell B.P., Eggert L.L., Pike K.C.* Immediate post intervention effects of two brief suicide prevention interventions // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001. Vol. 31(1). P. 41–61.

38. *Roxborough, H.M.* Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: A test of the Perfectionism Social Disconnection Model / Roxborough H.M., Hewitt P.L., Kaldas J., Flett G.L., Caelian C.M., Sherry S., Sherry D.L. // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012. Vol. 42(2). P. 217–233.

39. *Russell D.* UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure // *Journal of Personality Assessment*. 1996. Vol. 66. P. 20–40.

40. *Shaffer M.J., Delgado J.A.* Field techniques for modeling nitrogen management // *Nitrogen in the Environment: Sources, Problems, and Management* / Ed. by A. Follett et al. N. Y: Elsevier, 2001. P. 391–411.

41. *Wenzel A., Beck A.T.* A cognitive model of Suicidal Behavior: Theory and Treatment // Applied and Preventive Psychology. 2008. № 12. P. 189–201.

42. World Health Organization. Suicide Rates and Absolute Numbers of Suicide by Country. 2002. [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/ (дата обращения: 10.12.2013).

Screening diagnostics of antivital experiences and propensity toward impulsive, autoaggressive behavior in adolescents (preliminary results)

Bannikov G.S.,

PhD in Medicine, Head of Research Laboratory «Scientific and Methodological Basis of Emergent Psychological Aid», Center for Emergent Psychological Aid, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow State Research Institute of Psychiatry, Ministry of Public Health and Social Development, Moscow, Russia, bannikovgs@mgppu.ru

Pavlova T.S.,

Research Associate, Research Laboratory «Scientific and Methodological Basis of Emergent Psychological Aid», Center for Emergent Psychological Aid, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, pavlovats@mgppu.ru

Vikhristyuk O.V.,

PhD in Psychology, Head of Center for Emergent Psychological Aid, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, vihrstikov@mgppu.ru

Development of methods for revealing antivital experiences and propensity to autoaggressive behavior in educational institutions is one of the key steps in developing strategies for the primary prevention of suicidal behavior in adolescents. The purpose of this study was to develop an effective screening diagnostic package aimed at identifying antivital experiences and propensity to autoaggressive behavior. The survey methods we used were: Beck Hopelessness Scale, Russell Loneliness Scale, A.G. Shmelev Suicide Risk Questionnaire, PDQ-IV Borderline disorder and Narcissism scales. At the first stage we examined 750 minors aged 12-18 and identified risk group (85 people – 11.4%), which included adolescents with high levels of both individual scales, and their combination. At the second stage we examined 10 adolescents at risk. In 7 of them (70%) were identified antivital, suicidal thoughts of passive or compulsive nature, signs of subjective and objective socio- psychological maladjustment. Our preliminary conclusion is that high levels of hopelessness and loneliness in adolescents are stable predictors of mental and emotional distress and psychosocial maladjustment in the period of psychological crises and decompensation of character accentuation of borderline and narcissistic types. These scales can be recommended for primary screening of antivital (depressive) experiences and propensity to autoaggressive behavior in adolescents.

Keywords: antivital experiences, suicide, autoaggressive behavior, screening diagnostics, adolescence.

References

1. *Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A.* Diagnostika suitsidal'nogo povedeniia. Metodicheskie rekomendatsii [Diagnostics of suicidal behavior. Methodological recommendations]. Moscow: Moskov. NII psikiatrii MZ RSFSR, 1980. 28 p.
2. *Ambrumova A.G.* Psikhologiya odinochestva i suitsid. Aktual'nye problemy suitsidologii [Psychology of loneliness and suicide. Current issues of suicidology]. Moscow: Moskov. NII psikiatrii MZ RSFSR. 1981. T. 92. P. 69–81.
3. *Bannikov G.S.* Rol' lichnostnykh osobennostei v formirovanii struktury depressii i reatsii dezadaptatsii [The role of personality traits in depression structure formation and disadaptive responses]: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow, 1998. 22 p.
4. *Bannikov G.S., Koshkin K.A.* Antivital'nye perezhivaniia, autoagressivnoe povedenie i osobnosti lichnostnogo profilia podrostka [Antivital experiences, self-destructive behavior and personality traits in adolescence]. Nauchno-prakticheskii zhurnal «Vrach-aspirant» [Research and Practice Journal "Postgraduate student in medicine"]. 2012. T. 6.2 (55). P. 266–277.
5. *Bek A., Rash A., Sho B., Emeri G.* Kognitivnaia terapiia depressii [Cognitive therapy of depression]. Sankt-Peterburg: Piter, 2003. 304 p.
6. *Bek P.* Psikhometricheskie shkaly otsenki suitsidal'nogo riska [Psychometric scales of suicide risk assessment]/ P. Bek, L. Ol'sen, A. Nimeus. Naprasnaia smert'. Prichina i profilaktika samoubiistv [Death in vain: reasons and prevention of suicides]/ Red. D. Vasserman. Moscow: Smysl, 2005. 310 p.
7. *Birkin A.A., Voitsekh V.F., Zakondyrina V.A., Kucher A.A.* Profilaktika suitsidal'nogo povedeniia [Suicidal behavior prevention]. Murmansk: Pazori. -2004. 77 p.
8. *Vagin Iu.R.* Profilaktika suitsidal'nogo i addiktivnogo povedeniia u podrostkov [Prevention of suicidal and addictive behavior in adolescents]. Perm': Departament obrazovaniia i nauki Administratsii Perm. obl., 1999. 110 p.
9. *Voitsekh V.F., Gal'tsev E.V.* Narushenie adaptatsii i suitsidal'noe povedenie u molodezhi [Disruption of adaptation and suicidal behavior in youth]. Sotsial'naia i klinicheskaia psikiatriia [Social and clinical psychiatry]. 2009. T. 19. № 2. P. 17–25.
10. Vsemirnaia Organizatsiia Zdravookhraneniia (VOZ). URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/ru/index.html (data obrashcheniia: 12.09.2013).
11. *Debol'skii M.G., Matveeva I.A.* Suitsidal'noe povedenie osuzhdennykh, podozrevaemykh i obviniaemykh v mestakh lisheniia svobody [Suicidal behavior of those suspected of and charged with crimes in detention] [Elektronnyi resurs]. Psikhologiya i pravo [Psychology and Law]. 2013. №3. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63783.shtml> (data obrashcheniia: 18.01.2014).
12. Diagnostika lichnosti [Personality assessment]/ Sost. T. N. Razuvaeva. Shadrinsk: Iset', 1993. 26 p.
13. *Ishmukhametov I.N.* Psikhometricheskie kharakteristiki shkaly odinochestva ucla (versiia 3): izuchenie studentov vuza [Psychometric characteristics of UCLA Loneliness scale (3 version): research on students]. Computer Model lingand New Technologies. 2006. Vol.10. № 3. P. 89–95.
14. *Kargin A.M., Kholmogorova A.B., Voitsekh V.F.* Lichnostnye faktory suitsidal'nogo povedeniia u patsientov krizisnogo statsionara, sovershivshikh suitsidal'nye popytki [Personal

factors of suicidal behavior in patients of crisis clinic department who have committed suicidal attempts]. *Sotsial'naiia i klinicheskaia psikhiiatriia* [Social and Clinical Psychiatry] T. 19. № 4. P. 15–20.

15. *Krasnova V.V., Kholmogorova A.B.* Sotsial'naiia trevozhnost' i suitsidal'naia napravlennost' u studentov [Social anxiety and suicidality in students]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2013. № 4. P. 50–53.

16. *Labirinty odinochestva* [Labyrinths of loneliness]: Per. s angl. Sost., obshch.red. i predisl. N. E. Pokrovskogo. Moscow: Progress, 1989. 624 p.

17. *Miagkikh N.I., Larina N.I.* Teoriia i praktika psikhologii krizisnykh situatsii [Theory and practice of psychology of crisis situations] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologiiia i pravo* [Psychology and Law]. 2011. №2. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n2/40903.shtml> (data obrashcheniia: 18.01.2014).

18. *Pavlova T.S.* Koping-strategii podrostkov s antivital'nymi perezhivaniiami [Coping strategies in adolescents with non-vital emotional experiences]. *Psikhologicheskaiia nauka i obrazovanie PSYEDU.ru* [Psychological Science and Education PSYEDU.ru], 2013. № 1. Available at: <http://psyedu.ru/> (Accessed 07.10.2013).

19. *Rostomova L.N.* Aktualizatsiia konstruktivnogo perezhivaniia viny nesovershennoletnimi pravonarushiteliiami [Actualization of constructive guilt in minor delinquents] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologiiia i pravo* [Psychology and Law]. 2011. №2. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n2/40906.shtml> (data obrashcheniia: 18.01.2014).

20. *Sal'kovskis P.M.* Psikhologicheskoe lechenie suitsidal'nykh patsientov [Psychological treatment of suicidal patients]/ P.M. Sal'kovskis. *Naprasnaia smert'. Prichina i profilaktika samoubiistv* [Death in vain: reasons and prevention of suicides]/ Red. D. Vasserman. Moscow: Smysl, 2005. P. 171–184.

21. *Khenzeler Kh.* Vklad psikhoanaliza v problemu suitsida [Psychoanalysis contribution to better understanding of suicide]. *Entsiklopediia glubinnoi psikhologii* [Encyclopedia of depth psychology] T.II. Per. s nem. Moscow: Kogito-Centr: MDM, 2001. P. 88–102.

22. *Kholmogorova A.B., Garanian N.G., Gorshkova D.A., Mel'nik A.M.* Suitsidal'noe povedenie v studencheskoi populiatsii [Suicidal behavior in students]. *Kul'turno-istoricheskaiia psikhologiiia* [Cultural-historical psychology], 2009. № 3. pp. 101–110.

23. *Beck, A.T.* Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation/ A.T. Beck, R.A. Steer, M. Kovacs, B. Garrison // *Amtrican Journal Psychiatry*. 1985. Vol. 142(5). P. 559–563.

24. *Bridge J.A., Golstein T.R., Brent D.A.* Adolescent suicide and suicidal behavior // *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*. 2006. Vol. 47 (3/4). P. 372–394.

25. *Cull J., Gill W.* *Suicide Probability Scale (SPS) Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1988. P. 35–39.

26. *DSM-IV-TR American Psychiatric Association* «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR». Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000. 955 p.

27. *Eggert L., Thompson E., Herting J.* A measure of adolescent potential for suicide (MAPS): development and preliminary findings// *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1994. Vol. 24. P. 359–381.

28. *Firestone R., Firestone L.* Voices in suicide: The relationship between self-destructive thought processes, maladaptive behavior, and self-destructive manifestations// *Death Studies*. 1998. № 22. P. 411–443.

29. *Goldston D.* Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescents. 2000 [Электронный ресурс]. URL: http://www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId=235&name=DLFE-141.pdf (дата обращения 14.10.2013).

30. *Joiner T.E., Pfaff J.J., Acres J.G.* A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project // *Behavior Research and Therapy*. 2002. № 40. P. 471–481.

31. *Joiner T.* Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press. 2005. 63 p.

32. *Kazdin A., Rodgers A., Colbus D.* The Hopelessness Scale for Children: Psychometric characteristics and concurrent validity // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986. № 54. P. 241–245.

33. *Lewinsohn, P.* The Life Attitudes Schedule: A scale to assess adolescent life-enhancing and life-threatening behaviors / P. Lewinsohn, J. Langhinrichsen-Rohling, R. Langford, P. Rohde, J. Seeley, J. Chapman // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1995. № 25. P. 458–474.

34. *McGee R., Williams S., Nada-Raja S.* Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2001. Vol. 29. № 4. P. 281–291.

35. *Meichenbaum D.* 35 years of working with suicidal patients: Lessons learned // *Canadian Psychology*. 2005. Vol. 46. P. 64–72.

36. *Page R., Yanagishita J., et al.* Hopelessness and loneliness among suicide attempters in school-based samples of Taiwanese, Philippine and Thai adolescents // *School Psychology International*. 2006. Vol. 27(5). P. 583–598.

37. *Randell B.P., Eggert L.L., Pike K.C.* Immediate Post Intervention Effects of Two Brief Suicide Prevention Interventions // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001. Vol. 31(1). P. 41–61.

38. *Roxborough H.M., Hewitt P.L., Kaldas J., Flett G.L., Caelian C.M., Sherry S., Sherry D.L.* 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.

39. *Russell D.* UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure // *Journal of Personality Assessment*. 1996. Vol. 66. P. 20–40.

40. *Shaffer M.J., Delgado J.A.* Field techniques for modeling nitrogen management // *Nitrogen in the Environment: Sources, Problems, and Management* / Ed. by A. Follett et al. N. Y: Elsevier, 2001. P. 391–411.

41. *Wenzel A., Beck A.T.* A cognitive model of Suicidal Behavior: Theory and Treatment // *Applied and Preventive Psychology*. 2008. № 12. P. 189–201.

42. World Health Organization. Suicide rates and absolute numbers of suicide by country (2002). URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/ (дата обращения: 10.12.2013).