

Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи

Т.С. Павлова,

научный сотрудник лаборатории «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи, ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет», Москва, Россия, darzo@yandex.ru

Г.С. Банников,

кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии, заведующий лабораторией «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи, ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет», Москва, Россия, bannikovgs@mgppu.ru

Предлагаются три современные модели, сформулированные за последнее десятилетие и еще не опубликованные на русском языке, фокусом которых является именно подростковый суицид: модель развития суицидального поведения у подростков Д. Бридж, Т. Голдштейн, Д. Brent (J.A. Bridge, T.R. Goldstein, D.A. Brent); интерперсональная модель Т. Джойнера (Joiner T.E.); некоторые последние разработки по когнитивной теории А. Спирито, Д. Мэттьюс, Э. Венцель, А.Т. Бек (A. Spirito, J.D. Matthews, A. Wenzel, A.T. Beck). Выделены четыре группы мишеней психологической помощи подросткам с суицидальными тенденциями: 1) мишени, касающиеся актуального эмоционального состояния подростка (чувство брошенности, восприятие себя как бремени для близких, тревожность, безнадежность, душевная боль); 2) мишени, затрагивающие личностные predispositions (примитивные механизмы защиты, импульсивность, агрессивность); 3) мишени, связанные с когнитивным функционированием (когнитивная ригидность, черно-белое мышление, ошибки мышления); 4) мишени, отражающие необходимость работы с поведенческими проявлениями (узкий набор используемых копинг-стратегий).

Ключевые слова: антивитальные переживания, подростковый суицид, дистанционное консультирование, мишени психологической работы.

Для цитаты:

Павлова Т.С. Банников Г.С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодёжи. [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. №4. URL: http://psyedu.ru/journal/2013/4/Pavlova_Bannikov.phtml (дата обращения: дд.мм.гггг)

Pavlova T.S., Bannikov G.S. Modern theories of suicidal behavior in adolescents and young people, E-journal «Psychological Science and Education psyedu.ru», 2013. no. 4. Available at: http://psyedu.ru/journal/2013/4/Pavlova_Bannikov.phtml (Accessed dd.mm.yyyy)

Для реализации практических задач диагностики и профилактики антивитальных переживаний и аутоагрессивного поведения у подростков нам представляется важным изначально сформировать понимание природы и динамики развития этих процессов. Здесь будет уместно процитировать Курта Левина: «Нет вещи более практичной, чем хорошая теория» [7, с. 169].

На данный момент существует большое количество теорий, с разных сторон объясняющих происхождение и развитие суицидального поведения: классические теории, такие как медицинская модель, социокультурная модель Эмиля Дюркгейма, целая группа психодинамических теорий суицида, мотивационная модель Эдвина Шнейдмана, модель социально-психологической дезадаптации А.Г. Амбрумовой и др.

Однако единый взгляд на вопрос о причинах суицидального поведения до сих пор не сформирован, и ученые продолжают предлагать новые и новые ответы на вопрос: «Почему люди умирают от суицида?», опираясь на результаты классических исследований.

В этой статье мы предлагаем три современные модели, сформулированные за последнее десятилетие, фокусом которых является именно подростковый суицид: модель развития суицидального поведения у подростков Д. Бридж, Т. Голдштейн, Д. Brent (J.A.Bridge, T.R.Goldstein, D.A.Brent), построенную на анализе большого количества эпидемиологических данных, интерперсональную теорию суицида Т. Джойнера (T. Joiner) и некоторые последние разработки по когнитивной теории суицида применительно к подросткам.

Модель развития суицидального поведения у подростков

Модель развития суицидального поведения у подростков Д. Бридж, Т. Голдштейн, Д. Brent (J.A.Bridge, T.R.Goldstein, D.A.Brent) построена на эпидемиологических данных и рассматривает суицид как совокупность факторов: социально-культурных, психиатрических, психологических, семейных, биологических.

Авторы данной модели (рис. 1) видят развитие суицидального поведения следствием сочетания двух типов уязвимости – расстройства настроения и тенденции к импульсивной агрессии (склонность агрессивно реагировать на фрустрацию), что, в свою очередь, связано с некоторыми нейробиологическими особенностями [4]. На рис. 1 пунктирной линией разделены факторы, вступающие в действие до и после пубертата.

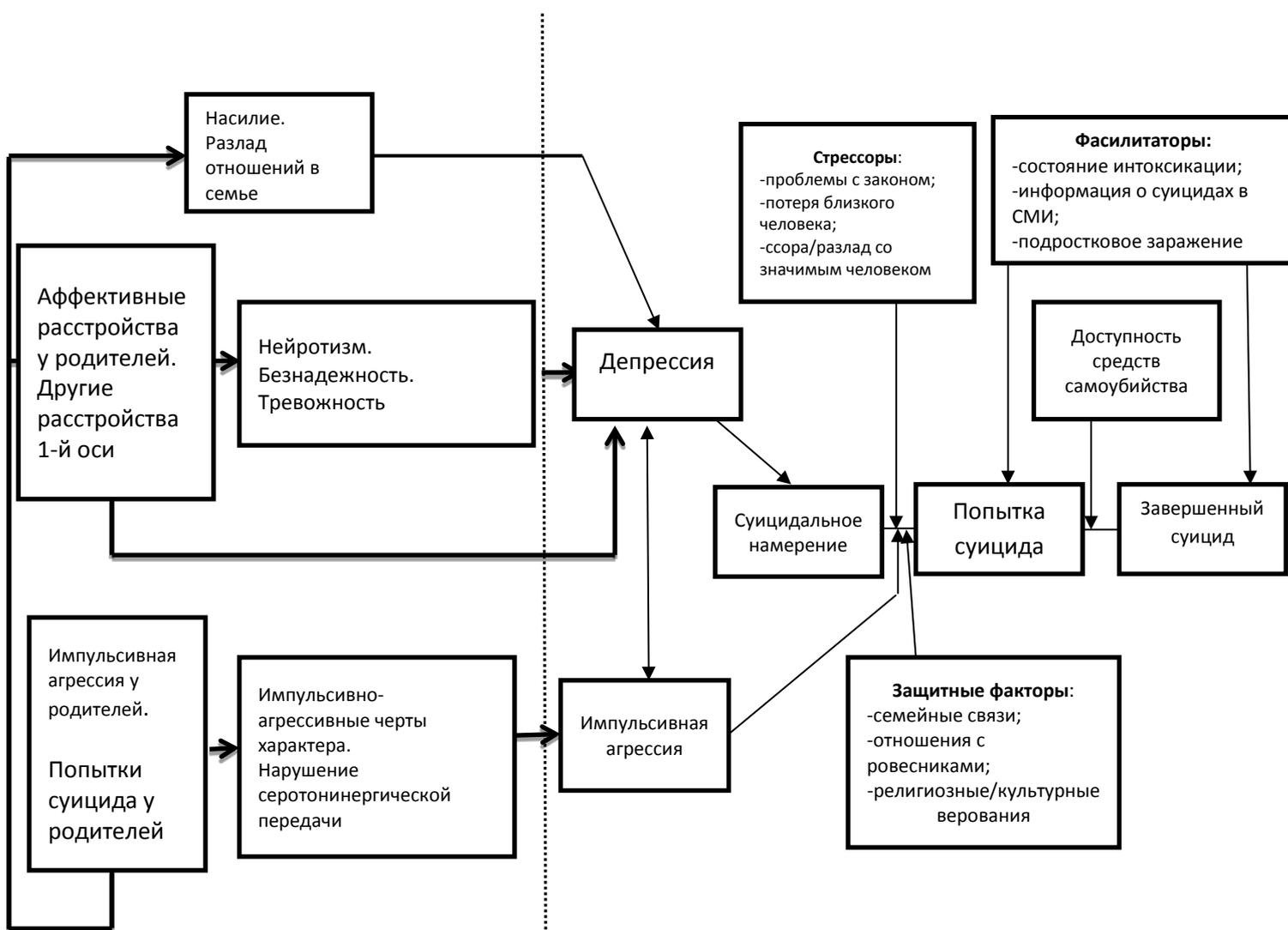


Рис. 1. Схема развития типичного суицида у подростков

В предпубертатном периоде ключевую роль играют семейные факторы. Наличие аффективных расстройств и/или других расстройств 1-й оси DSM-IV у родителей вносит свой вклад в появление предвестников развития расстройств настроения у детей, таких как нейротизм, чувство безнадежности и высокий уровень тревожности. Импульсивная агрессия у родителей как типичный способ реакции на фрустрацию и суицидальные попытки родителей влияют на формирование импульсивной агрессивности у детей.

Сочетание обоих факторов дает наиболее высокую вероятность появления суицидальных мыслей, которые имеют больше шансов реализоваться в попытке суицида при наличии импульсивности и определенных жизненных стрессоров, таких как проблемы с поведением (в том числе противоправное поведение), межличностный конфликт и/или потеря. Возможные фасилитаторы суицидального поведения – интоксикация и обилие информации о самоубийстве в окружении подростка (информация о суицидах в СМИ, суицид в окружении, подростковое заражение). Доступность летального агента (например, оружия, таблеток, свободного доступа на чердак) делает попытку более летальной.

На этапе перехода от суицидальных мыслей к попытке суицида могут вступить в действие факторы-протекторы, такие как наличие семейных связей, хорошие отношения в школе, религиозные и культурные верования, осуждающие суицид.

Таким образом, авторы видят основную причину развития суицидальных намерений у подростков в семейном окружении и личностных особенностях родителей, которые передаются детям и могут быть усугублены высоким уровнем стресса в жизни и доступностью способов совершения суицида.

Интерперсональная модель Томаса Джойнера

Вопрос о причинах суицида впервые сильно взволновал молодого студента кафедры клинической психологии Т. Джойнера (Т.Е. Joiner), когда ему было 25 лет и его отец покончил жизнь самоубийством.

Впоследствии Т. Джойнер устроился работать в психиатрическую клинику в Техасе, где одной из его задач был отбор пациентов с высоким суицидальным риском для последующей госпитализации. Поскольку количество мест в больнице было ограничено, каждый день ему приходилось принимать серьезное решение о том, кого госпитализировать, а кого оставить на амбулаторном лечении. Через несколько лет интенсивной практической работы он сформулировал в ответ на вопрос: «Почему люди умирают от суицида?» простую формулу: «Потому что хотят и могут это сделать»[6].

Желание умереть, согласно автору, возникает при наличии двух факторов: брошенности (thwarted belongingness) и восприятия себя как бремени.

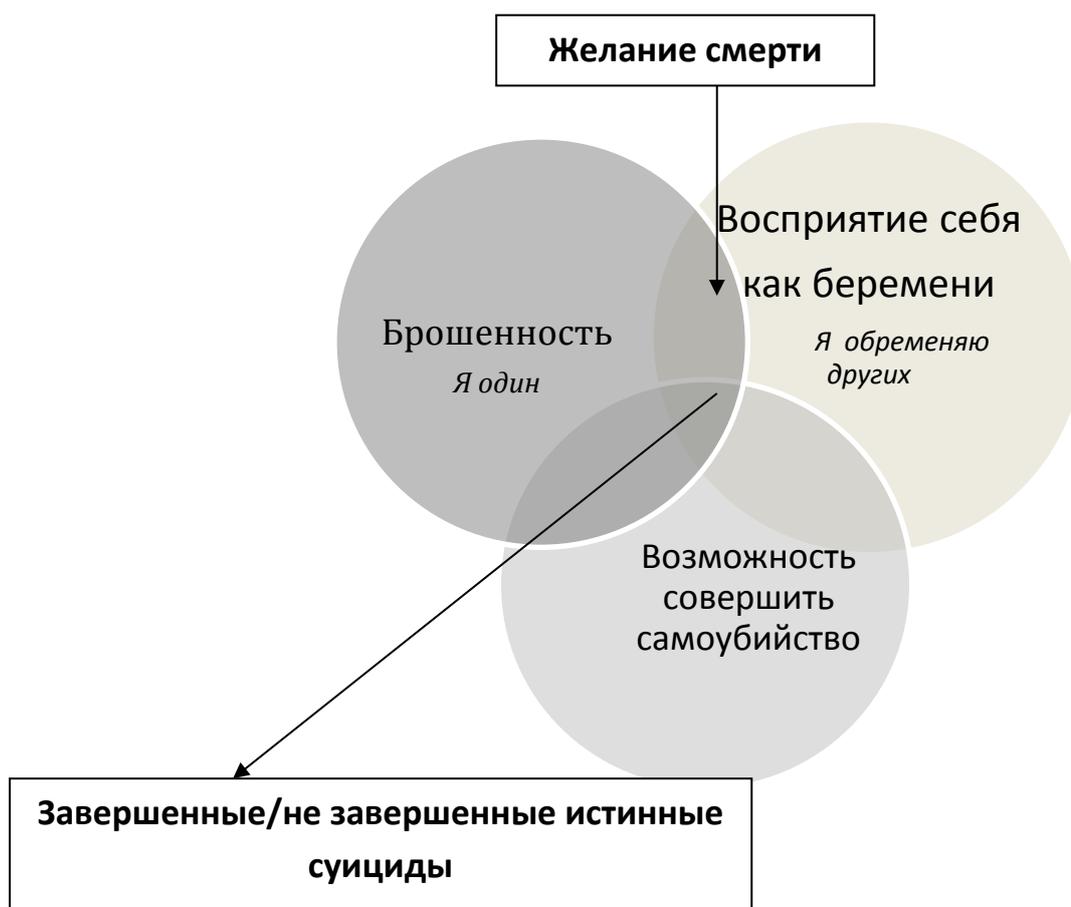


Рис. 2. Три основных фактора истинного суицидального поведения, согласно интерперсональной теории

Брошенность (фрустрированная принадлежность, одиночество). Социальная изоляция, согласно большому числу исследований, – один из наиболее значимых и надежных предикторов суицидальных намерений, попыток и завершенных суицидов на протяжении жизни.

Авторы предполагают, что связь этой переменной с суицидальным поведением объясняется фрустрацией фундаментальной психологической потребности человека – «потребности в принадлежности», описанной Р. Баумейстер (R. Baumeister) и М. Лири (M. Leary) [3]. Согласно интерперсональной теории, когда эта потребность не удовлетворяется, – состояние, которое они называют фрустрированная принадлежность (thwarted belongingness), – развивается желание умереть (также называемое в суицидологической литературе пассивными суицидальными намерениями).

Потребность в принадлежности настолько сильна, говорит Т. Джойнер, что проявляет себя даже на пороге смерти. Так, одна из прощальных записок гласит: «Я иду по мосту. Если хотя бы один человек улыбнется мне, я не прыгну». Автор записки спрыгнул с моста [5].

Другая составляющая чувства фрустрированной принадлежности – *отсутствие взаимной поддержки*, ощущение, которое может быть выражено словами: «У меня нет людей, на которых я мог бы опереться в тяжелые времена», «Я не могу поддержать близких мне людей».

Восприятие себя как бремени. Согласно системной семейной теории подростковых суицидов Д. Саббат (J. Sabbath) [9], ощущение, что подросток является бременем для семьи, – ключевой фактор суицидального поведения. Согласно указанной теории, типичные факторы подросткового суицидального поведения – патогенное отношение родителей к ребенку, которое интерпретируется подростком как то, что он не нужен семье, им было бы лучше, если бы он умер.

Авторы интерперсональной теории суицида трактуют этот конструкт шире: восприятие себя в качестве бремени не ограничивается только семьей, а может включать также других близких людей. В восприятие себя как бремени включаются два измерения: 1) убеждение в своей ущербности и, в связи с этим, зависимости от других; 2) аффективно нагруженные мысли о ненависти к себе. Переживание внутреннего состояния восприятия себя как бремени выражается в мыслях и высказываниях: «Я приношу людям только вред», «Я ненавижу себя», «Я бесполезен» [12].

Факторы риска: безработица, тюремное заключение, бездомность, тяжелая физическая болезнь, прямые утверждения, что человек является обузой для своих близких.

Приобретенная сниженная чувствительность к боли. В большинстве моделей суицидального поведения постулируется, что риск совершения самоубийства растет пропорционально увеличению суицидального желания, но, согласно интерперсональной теории суицидов, суицидальное желание само по себе не является причиной самоубийства, поскольку, простыми словами, совершить самоубийство не так-то просто.

Согласно интерперсональной теории, чтобы умереть от суицида, человек должен потерять некоторую долю страха, связанного с суицидальным поведением, и очень маловероятно (если не невозможно), чтобы кто-то родился с настолько слабым страхом смерти, чтобы иметь возможность совершить самоубийство.

Следовательно, повышенная толерантность к физической боли и редуцированный страх смерти развиваются в течение жизни под влиянием определенных обстоятельств, таких как:

- практически любой опыт перенесения сильной боли и/или страха (травмы, несчастные случаи, насилие, самоповреждающее, рискованное поведение);
- сцены насилия и жестокости в СМИ;

- компьютерные игры, связанные с убийством и насилием;
- суицидальные мысли, подготовка к суициду, прерванные попытки, суицидальные попытки.

Причем, как отмечают авторы, человек может иметь толерантность к определенному способу самоубийства. Так, в исследовании Ван Орден (Van Orden) и соавторов [11] показана корреляция между видом деятельности военнослужащих и способами самоубийства, который они выбирали. Для пехоты это – огнестрельное оружие, для военно-морских сил – повешение, для воздушных сил – прыжки с высоты. Авторы объясняют это тем, что у людей, занимающихся определенной деятельностью, снижается чувствительность, они просто привыкают к определенным видам раздражителей, и им проще воспользоваться привычным для них способом действий, а не каким-то другим.

Таким образом, согласно интерперсональной модели, истинная суицидальная попытка совершается только в том случае, если все три фактора совпадают в одном человеке: желание умереть из-за острого чувства одиночества, восприятие себя как бремени для близких людей, приобретенная толерантность к физической боли и редуцированный страх смерти.

Когнитивная модель суицида

Когнитивная модель суицидального поведения у подростков – применение когнитивной теории Аарона Бека, разработанной в 1960–1980 гг.

В общем виде когнитивная модель развития расстройств аффективного спектра, предложенная А. Беком, предполагает, что вследствие определенных жизненных **ситуаций** и специфики отношений с близкими людьми у человека складываются определенные **убеждения** о жизни, касающиеся восприятия себя, других людей и своего будущего. Эти убеждения влияют на интерпретацию повседневных событий и, в зависимости от их содержания, вызывают позитивные или негативные эмоции и способствуют адаптивному или дезадаптивному **поведению** в качестве реакции на жизненные события, которое подкрепляет базовые убеждения и установки, и, таким образом, круг замыкается [1; 2; 8].

В последнее время эта модель была адаптирована для подростков [10]. Так, для подростков, склонных к суициду, такие *особенности их жизни*, как неблагополучная ситуация в семье, насилие, пренебрежение со стороны родителей, или наличие психических заболеваний у родителей, и/или травля и отвержение со стороны ровесников, способствуют формированию определенного типа мышления.

Такому **мышлению** свойственен негативный взгляд на себя, окружающих и свое будущее. Эти глубинные убеждения могут звучать следующим образом: «Я некомпетентен», «Я недостойн любви», «Окружающие люди враждебны», «Будущее беспросветно».

Поддержанию этих установок способствует определенный тип обработки информации и интерпретации повседневных событий, называемый **«ошибками мышления»**, – катастрофизация, персонализация, сверхобобщение, черно-белое мышление, когнитивная ригидность. Рассмотрим их подробнее.

Катастрофизация. События рассматриваются в свете самого худшего исхода. Например: «Я недостаточно хорошо подготовился к контрольной, значит, я получу двойку, родителей вызовут к директору, меня исключат из школы, я не поступлю в институт и закончу жизнь на помойке».

Персонализация. Подросток убежден, что другие плохо к нему относятся, не рассматривая иных, более правдоподобных, объяснений их поведения. Например: «Подруга

мне не перезвонила, потому что я что-то сделала неправильно». А не потому, например, что она была занята, или плохо себя чувствовала, или у нее закончились деньги на телефоне.

Сверхобобщение. Из одного или нескольких изолированных случаев выводится общее правило или делается умозаключение, которое распространяется на широкий круг ситуаций. Так, если подруга не перезвонила, то девочка, склонная к сверхобобщению, может сделать из этого вывод: «Меня никто не любит, у меня нет друзей», не беря во внимание другие факты своей жизни.

Черно-белое мышление. Дихотомическое, поляризованное, мышление в терминах «все» или «ничего». Ребенок, который склонен так думать, видит ситуацию только в двух категориях вместо континуума. Например: «Если я не всегда получаю пятерки, значит, я – неудачник» или «Если подруга мне не перезвонила, значит, мы больше не друзья».

Когнитивная ригидность. Отсутствие способности видеть разные решения возникающих проблем. Таким подросткам свойственен очень узкий набор копинг-стратегий, и им очень трудно предложить несколько разных способов выхода из сложившейся ситуации.

При воздействии стресса активизируется негативная триада взглядов на себя, окружение и будущее, которая вызывает очень сильные *негативные эмоции*. Как указывают когнитивные терапевты, для девочек стрессорами чаще всего выступают межличностный конфликт (ссора с подругой/другом), расставание с объектом влюбленности, для мальчиков – проблемы в учебе или в выбранной специальности.

Для того чтобы справиться с зашкаливающим негативным аффектом, такие подростки начинают применять *дезадаптивные способы совладания*, вследствие описанных выше особенностей мышления. Это могут быть злоупотребление алкоголем и/или наркотиками, самоповреждающее поведение (нанесение себе порезов и ожогов) и другие виды девиантного поведения. Поскольку применяемые способы только усугубляют существующую проблему и снижают накал негативных эмоций лишь временно, появляется острое чувство безнадежности и пассивные суицидальные мысли («Лучше бы я был мертв»).

Подросток может проходить этот порочный цикл **мысли – эмоции – поведение** много раз, усугубляя свое состояние, пока не настанет суицидальный кризис – безнадежность относительно текущей жизненной ситуации («Эта ситуация невыносима и к лучшему не изменится») и фиксация на мысли, что суицид – единственное решение проблемы (туннельное видение, озабоченность идеей, что «выхода нет»). Эти оба состояния усиливают друг друга, и разрешением кризиса выступает попытка суицида[13].

Для иллюстрации модели используем пример, который приводит А. Бек: мальчик из привилегированной школы провалил несколько экзаменов и оказался на грани отчисления. Эта ситуация вызвала у него сильнейшую тревогу. Он думал: «Мама будет ругаться, мне придется ходить в обычную школу... Я ничего не добьюсь в жизни... Я неудачник...». Мальчик пытался повеситься, но соседи вовремя его спасли. Мать мальчика действительно была разочарована его «провалом», так как имела необоснованно высокие ожидания в отношении сына [1].

Итак, первый фактор – жизненные события, влияние окружения. В этом примере мы наблюдаем крайне требовательную мать с высоким уровнем перфекционизма.

Второй фактор – мысли. Мы наблюдаем когнитивную триаду: негативное отношение к себе («Я неудачник»), к своему будущему («Я ничего не добьюсь в жизни»), к миру (мать критична и требовательна).

Третий фактор – когнитивная ригидность. Мальчик не видит иных путей решения проблемы, кроме суицида, и вообще не рассматривает переход в обычную школу в качестве альтернативы, не видит плюсов и минусов того и другого варианта.

Четвертый фактор – ошибки мышления. В данном случае – катастрофизация («Если я сейчас сдал не все экзамены, значит, я ничего не добьюсь в жизни»), сверхобобщение («Если я не сдал эти экзамены, – я неудачник») и черно-белое мышление («Или я соответствую самым высоким стандартам моей матери, или я – ничтожество»).

Такой тип мышления неминуемо вызывает сильные негативные эмоции (тревоги) и при отсутствии адаптивных стратегий совладания приводит к суицидальному кризису, основные проявления которого описаны выше [13].

Выводы

Обобщив заключения вышеописанных теорий, мы можем сформулировать следующие **мишени** психологической работы с подростками с суицидальной направленностью и диагностики суицидального риска, распределив их на четыре группы.

1. Мишени, касающиеся актуального эмоционального состояния подростка: чувство брошенности (одиночество), восприятие себя как бремени для близких, тревожность, безнадежность, душевная боль.

2. Мишени, затрагивающие личностные predispositions: использование в конфликтах примитивных механизмов защит, импульсивность, агрессивность.

3. Мишени, связанные с когнитивным функционированием: когнитивная ригидность (неспособность видеть разные пути решения проблем), черно-белое мышление, ошибки мышления (катастрофизация, персонализация, сверхобобщение), взгляд на суицид как на единственно возможное решение.

4. Мишени, отражающие необходимость работы с поведенческими проявлениями: дезадаптивные способы совладания с негативным аффектом, крайне узкий набор используемых копинг-стратегий.

Литература

1. Когнитивная терапия депрессии/ А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
2. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. 2013. № 2 (19). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 30.08.2013).
3. *Baumeister R.F., Leary M.R.* The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation//Psychological Bulletin. 1995. № 117. P. 497–529.
4. *Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A.* Adolescent suicide and suicidal behavior //Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006. № 47. P. 372–394.
5. *Dokoupil T.* The suicide epidemic [Электронный ресурс] // The Daily Beast. 2013. URL: <http://www.thedailybeast.com/newsweek/2013/05/22/why-suicide-has-become-and-epidemic-and-what-we-can-do-to-help.html> (дата обращения: 30.08.2013).
6. *Joiner T.E.* Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press. 2005. 64 p.
7. *Lewin K.* Field Theory in Social Science. N. Y.: Harper & Brothers Publishers, 1951. 356 p.
8. *Matthews J.D.* Cognitive Behavioral Therapy Approach for Suicidal Thinking and Behaviors in Depression, Mental Disorders – Theoretical and Empirical Perspectives/ R. Woolfolk (Ed.). 2013. [Электронный ресурс] doi: 10.5772/52418. URL: <http://www.intechopen.com/books/mental->

disorders-theoretical-and-empirical-perspectives/cognitive-behavioral-therapy-approach-for-suicidal-inking-and-behaviors-in-depression (дата обращения: 25.08.2013).

9. *Sabbath J.C.* The suicidal adolescent: The expendable child // Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 1969. № 8. P. 272–285.

10. *Spirito A., Esposito-Smythers C., Wolff J.* Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression and Suicidality// Child Adolesc Psychiatric Clin N Am. 2011. № 20. P. 191–204.

11. Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults/ K.A. Van Orden, T.K. Witte, K.H. Gordon, T.W. Bender, T.E. Joiner, Jr. // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2008. № 76. P. 72–83.

12. The Interpersonal theory of suicide/ K.A. Van Orden, T.K. Witte, K.C. Curcovicz, S. Braithwaite, E.A. Selby, T.E. Joiner // Psychological Review. 2010. № 117. P. 575–600.

13. *Wenzel A., Beck A.T.* A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment// Applied and Preventive Psychology. 2008. № 12. P. 189–201.

Modern theories of suicidal behavior in adolescents and young people

T.S. Pavlova,

Research Assistant, Laboratory "Scientific and methodological support of emergency psychological aid", Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation, darzo@yandex.ru

G.S. Bannikov,

PhD in Medicine, Senior Research Assistant, Department of Suicidology, Moscow Research Institute of Psychiatry, Head of Laboratory "Scientific and methodological support of emergency psychological aid", Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation, bannikovgs@mgppu.ru

We propose three current models, formulated over the last decade and not yet published in Russian, focused on teenage suicide: the development model of suicidal behavior in adolescents (J.A. Bridge, T.R. Goldstein, D.A. Brent); interpersonal model of (T.E. Joiner); some recent developments in the cognitive theory (A. Spirito, J.D. Matthews, A. Wenzel, A.T. Beck). Four groups of psychological aid targets for adolescents with suicidal tendencies are revealed: 1) targets of the current emotional state of a teenager (feelings of abandonment, self-perception as a burden to the loved ones, anxiety, hopelessness, heartache); 2) targets affecting personal predispositions (primitive defense mechanisms, impulsivity, aggression); 3) targets associated with cognitive functioning (cognitive rigidity, black-and-white thinking, thinking errors); and 4) targets reflecting a need to work with behavioral manifestations (narrow range of coping strategies used).

Keywords: antivital experiences, teenage suicide, remote consultation, targets of psychological work.

References

1. Kognitivnaia terapiia depressii [Cognitive therapy for depression] / A. Bek, A. Rash, B. Sho, G. Emeri. S-Petersburg.: Piter, 2003. 304 p.
2. *Kholmogorova A.B.* Kognitivnaia psikhoterapiia suitsidal'nogo povedeniia: istoriia razrabotki, sovremennoe sostoianie, perspektivy razvitiia [Cognitive therapy for suicidal behavior: development history, current state and prospects for development]. *Meditsinskaia psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. Zhurnal* [Medical psychology in Russia: the electron. scientific. magazine], 2013. № 2 (19). Available at: <http://medpsy.ru> (Accessed 30.08.2013).
3. *Baumeister R.F., Leary M.R.* The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation // *Psychological Bulletin*. 1995. № 117. P. 497–529.
4. *Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A.* Adolescent suicide and suicidal behavior // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006. № 47. P. 372–394.
5. *Dokoupil T.* The suicide epidemic [Электронный ресурс] // *The Daily Beast*. 2013. URL: <http://www.thedailybeast.com/newsweek/2013/05/22/why-suicide-has-become-and-epidemic-and-what-we-can-do-to-help.html> (дата обращения: 30.08.2013).

6. *Joiner T.E.* Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press. 2005. 64 p.
7. *Lewin K.* Field Theory in Social Science. N. Y.: Harper & Brothers Publishers, 1951. 356 p.
8. *Matthews J.D.* Cognitive Behavioral Therapy Approach for Suicidal Thinking and Behaviors in Depression, Mental Disorders – Theoretical and Empirical Perspectives/ R. Woolfolk (Ed.). 2013. [Электронный ресурс] doi: 10.5772/52418. URL: <http://www.intechopen.com/books/mental-disorders-theoretical-and-empirical-perspectives/cognitive-behavioral-therapy-approach-for-suicidal-inking-and-behaviors-in-depression> (дата обращения: 25.08.2013).
9. *Sabbath J.C.* The suicidal adolescent: The expendable child // Journal of the American Academy of Child Psychiatry. 1969. № 8. P. 272–285.
10. *Spirito A., Esposito-Smythers C., Wolff J.* Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression and Suicidality// Child Adolesc Psychiatric Clin N Am. 2011. № 20. P. 191–204.
11. Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults/ K.A. Van Orden, T.K. Witte, K.H. Gordon, T.W. Bender, T.E. Joiner, Jr. // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2008. № 76. P. 72–83.
12. The Interpersonal theory of suicide/ K.A. Van Orden, T.K. Witte, K.C. Curcovicz, S. Braithwaite, E.A. Selby, T.E. Joiner // Psychological Review. 2010. № 117. P. 575–600.
13. *Wenzel A., Beck A.T.* A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment // Applied and Preventive Psychology. 2008. № 12. P. 189–201.