

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Факторы суицидального поведения у детей, подростков и молодежи: данные современных исследований

Коллективная монография

Под редакцией

А.Б. Холмогоровой, Е.Г. Дозорцевой, О.Д. Пуговкиной



**Москва
2024**

Факторы суицидального поведения у детей, подростков и молодежи: данные современных исследований

Коллективная монография

Под редакцией

А.Б. Холмогоровой, Е.Г. Дозорцевой, О.Д. Пуговкиной

Москва
2024

УДК 364.2

ББК 88.4

Ф 18

Рекомендовано Ученым советом МГППУ (протокол от 25.09.2024 № 18)

Редакторы: А.Б. Холмогорова, Е.Г. Дозорцева, О.Д. Пуговкина

Авторский коллектив: Т.В. Авакян, Т.В. Агибалова, В.Д. Бадмаева, А.Я. Басова, Е.В. Борисенко, Е.В. Борисоник, С.В. Воликова, Е.Г. Дозорцева, Е.Ю. Казаринова, А.А. Кастальская-Бороздина, Е.Н. Клименкова, М.А. Москачева, Н.А. Польская, О.Д. Пуговкина, О.В. Рычкова, А.А. Федонкина, А.Б. Холмогорова, Д.К. Якубовская

Рецензенты:

Сирота Н.А., декан факультета клинической психологии, заведующий кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, доктор мед. наук, профессор

Коробейников И.А., заместитель директора по научной работе, главный научный сотрудник ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики», доктор психологических наук, профессор

Ф 18 Факторы суицидального поведения у детей, подростков и молодежи: данные современных исследований: коллективная монография / Под ред. А.Б. Холмогоровой, Е.Г. Дозорцевой, О.Д. Пуговкиной. — М.: МГППУ, 2024. — 208 с.

ISBN 978-5-94051-314-8

В монографии представлен аналитический обзор современных исследований факторов суицидального риска у детей, подростков и молодежи. Монография включает пять разделов. В первом разделе рассмотрены существующие неблагоприятные эпидемиологические тенденции, а также социодемографические факторы суицидального поведения в этих возрастных группах. Во втором разделе проанализированы клинические факторы суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах, включая депрессивные и тревожные состояния, различные зависимости и самоповреждающее поведение. В третьем разделе представлены современные теоретические системные модели суицидального поведения, направленные на описание его механизмов. В четвертом разделе на основе принципов культурно-исторической психологии и многофакторной психосоциальной модели суицидального поведения рассмотрены макросоциальные, семейные, индивидуально-личностные и интерперсональные факторы суицидального поведения учащихся школ и вузов. В пятом, заключительном разделе описаны современные научно обоснованные модели профилактики суицидального поведения детей, подростков и молодежи. Обзор может служить основой для усовершенствования комплексных клинко-психологических моделей профилактики суицидов, отвечающих вызовам нашего времени, а также для разработки диагностических инструментов раннего выявления групп повышенного риска. Монография адресована широкому кругу специалистов, включая педагогов школ и вузов, специалистов в области психиатрии, психологии образования, клинической психологии и студентов, обучающихся по данным специальностям.

ББК 88.4

© Коллектив авторов, 2024

© Московский государственный психолого-педагогический университет, 2024

ISBN 978-5-94051-314-8

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----------|
| ВВЕДЕНИЕ | 5 |
| Раздел 1. Эпидемиологические тенденции в области суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах | 7 |
| 1.1. Зарубежная и российская статистика о суицидальном поведении: попытки и завершённые суициды, преобладающие способы суицида <i>А.Я. Басова, М.А. Москачева, Е.В. Борисоник</i> | <i>7</i> |
| 1.2. Социодемографические факторы: возраст, пол, экономическое положение семьи, регион проживания, культура <i>Т.В. Авакян, Е.В. Борисоник, М.А. Москачева</i> | <i>15</i> |
| Раздел 2. Клинические факторы суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах | 23 |
| 2.1. Основные психопатологические факторы суицидального риска в детском, подростковом и юношеском возрастах <i>В.Д. Бадмаева, Е.Г. Дозорцева</i> | <i>23</i> |
| 2.2. Злоупотребление психоактивными веществами, алкогольная и наркотическая зависимость как факторы суицидального риска в подростковом и юношеском возрастах <i>Т.В. Агibalова, О.В. Рычкова</i> | <i>34</i> |
| 2.3. Несуицидальное самоповреждающее поведение как фактор суицидального риска в подростковом и юношеском возрастах <i>Н.А. Польская, Д.К. Якубовская, А.Я. Басова</i> | <i>47</i> |
| Раздел 3. Системные многофакторные модели суицидального поведения | 65 |
| 3.1. Клинико-психологические концептуальные подходы к исследованию суицидального поведения <i>Е.Г. Дозорцева</i> | <i>65</i> |
| 3.2. Интерперсональная модель Т. Джойнера <i>А.А. Кастальская-Бороздина, Е.Г. Дозорцева</i> | <i>76</i> |
| 3.3. Интегративная мотивационно-волевая модель Р. О'Коннера <i>А.А. Кастальская-Бороздина, Е.В. Борисенко</i> | <i>81</i> |
| 3.4. Теория суицида Э.Д. Клонски <i>А.А. Кастальская-Бороздина, А.А. Федонкина</i> | <i>86</i> |
| Раздел 4. Психосоциальные факторы суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах | 90 |
| 4.1. Эвристический потенциал концептуального аппарата культурно-исторической психологии в исследованиях суицидального поведения <i>А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина</i> | <i>90</i> |

| | |
|--|-----|
| 4.2. Макросоциальные факторы суицидального поведения в информационном обществе <i>А.Б. Холмогорова, Е.Г. Дозорцева, Е.Ю. Казаринова</i> | 99 |
| 4.3. Семейные факторы суицидального поведения <i>А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова, Т.В. Авакян</i> | 105 |
| 4.4. Когнитивные факторы суицидального поведения <i>О.Д. Пуговкина</i> | 112 |
| 4.5. Личностные факторы суицидального поведения <i>А.Б. Холмогорова, Е.Н. Клименкова, Е.Г. Дозорцева</i> | 117 |
| 4.6. Интерперсональные факторы суицидального поведения <i>Т.В. Авакян, Е.Н. Клименкова, Е.В. Борисоник, А.А. Федонкина</i> | 122 |
| Раздел 5. Научно обоснованные модели профилактики суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах | 133 |
| 5.1. Первичная и вторичная профилактика суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах <i>Е.В. Борисоник, Е.Н. Клименкова</i> | 133 |
| 5.2. Работа с группами риска. Модель профилактики агрессивного и аутоагрессивного поведения. Навигатор профилактики <i>Е.Г. Дозорцева, В.Д. Бадмаева, А.А. Федонкина, Е.В. Борисенко</i> | 141 |
| 5.3. Профилактика суицидального поведения и формирования зависимости от ПАВ у подростков и лиц юношеского возраста <i>Т.В. Агibalова, О.В. Рычкова</i> | 149 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 162 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ | 164 |

ВВЕДЕНИЕ

По данным западных исследований почти 30% выпускников школ страдают от симптомов депрессии, а это в три раза выше, чем в общей популяции. По данным ВОЗ **суицид** — третья причина смертности среди несовершеннолетних девушек и четвертая среди юношей, среди потребителей наркотиков доля подростков доходит до 70% [1].

В условиях появления и роста глобальных угроз и вызовов для современного детства (в том числе суицидального поведения, интернет-угроз, стремительного роста доли детей, испытывающих повышенную тревожность и симптомы депрессии) необходима разработка комплексной системы своевременного выявления и профилактики суицидального поведения среди детей, подростков и молодежи. Постоянно изменяющаяся социокультурная ситуация развития молодого поколения приводит к тому, что накопленные сведения быстро устаревают, и требуется анализ новых эпидемиологических тенденций, новых объяснительных моделей суицидального поведения, обобщение накопленных за последние десятилетия эмпирических данных и их рассмотрение в историко-культурном контексте исследований суицидального поведения.

Для решения этой масштабной задачи в рамках данного аналитического обзора были осуществлены отбор и систематизация исследований факторов суицидального поведения у детей, подростков и молодежи как важного научного основания для разработки комплекса диагностики риска суицида и принципов комплексной межведомственной системы профилактики суицида.

Научную новизну данного обзора текущего состояния поля исследований и практики профилактики суицидов составляет анализ последних международных и отечественных данных и опора на оригинальные отечественные модели интеграции данных о факторах суицидального поведения, основанные на идеях культурно-исторической психологии. Это, в частности, многоуровневая психосоциальная модель расстройств аффективного спектра, включающая следующие уровни: 1) культуральный (патогенная система ценностей и приоритетов в современном обществе, доминирование онлайн-коммуникации и проблемное использование интернета, рост потребления алкоголя и ПАВ среди молодежи, рост заболеваемости расстройствами аффективного спектра); 2) семейный (перфекционизм родителей, завышенные требования к ребенку, ненадежная привязанность и недостаточное внимание к его эмоциональному состоянию и развитию); 3) индивидуально-личностный (перфекционизм как деструктивная личностная черта, эмоциональная дезадаптация, социальная тревожность, страх ошибок, дефицит субъектности в учебной

деятельности и т.д.); 4) интерперсональный (неспособность к сотрудничеству и дружбе, конкурентность, социальная изоляция и переживание одиночества).

Анализ программ профилактики суицидального поведения также включает принципы культурно-исторической психологии, развиваемые в рефлексивно-деятельностном подходе в образовании и в отечественной школе клинической психологии. Среди них наиболее важными представляются следующие принципы: 1) неразрывная связь образования, развития и здоровья; 2) опора на многовекторную модель ЗБР, описывающую механизмы структурных изменений и динамики личностного развития по различным векторам, а также некоторые механизмы его задержки и отклонения; 3) развитие рефлексии, способности к ментализации и произвольной саморегуляции и поддержка субъектной позиции реабилитанта и участника образовательного процесса; 4) принцип сотрудничества всех участников программ профилактики (семьи, врачи, социальные работники, психологи, волонтеры, администрация, общественные организации) и участников образовательного процесса (учащиеся, педагоги, психологи, родители, администрация).

Раздел 1. Эпидемиологические тенденции в области суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах

1.1. Зарубежная и российская статистика о суицидальном поведении: попытки и завершённые суициды, преобладающие способы суицида

А.Я. Басова, М.А. Москачева, Е.В. Борисоник

Самоубийство — одна из ведущих причин смертности в мире во всех возрастах. В последние десятилетия особую тревогу специалистов в области психического здоровья стала вызывать проблема «омоложения» суицидов, подразумевающая увеличение их частоты среди несовершеннолетних: треть гибнущих ежегодно от самоубийств в мире — молодые люди в возрасте 12—19 лет, при этом на территории таких экономически развитых стран, как США и некоторые европейские государства, суицид — это вторая по частоте причина смертей детей и подростков [2, 3, 4, 5].

Согласно данным международной организации здравоохранения за 2020 год, завершённый суицид является третьей по распространенности причиной смерти среди подростков [6].

Увеличение смертности детей и подростков вследствие суицидов бросает серьёзный вызов системе общественного здравоохранения во всем мире и делает эту возрастную группу одним из главных объектов профилактики [3, 4].

Суицидальное поведение в подростковом возрасте принимает разные формы, которые можно расположить на континууме от суицидальных мыслей на одном полюсе до завершённого суицида на другом; к ним относятся: суицидальные мысли, намерения, угрозы, суицидальные повреждения и попытки и, наконец, самоубийство [3].

Как отмечают ведущие суицидологи, *суицидальные мысли* редки у детей до 10 лет и имеют наибольшую частоту в возрасте 12—17 лет. Этот тип суицидального поведения типичен в большей степени для девочек-подростков, чем для мальчиков. По разным данным от 15 до 40% подростков в общей популяции сообщают о наличии у себя суицидальных мыслей [3, 7, 8, 9, 10]. Частые и хронические мысли о суициде увеличивают риск совершения суицидальной попытки в течение двух лет с момента их появления [11]. Результаты проспективного исследования, которое было проведено на выборке 16-летних подростков (310 чел.), сообщивших на момент начала исследования о суицидальных мыслях,

показали, что на момент достижения ими 21 года около 12% выборки (38 чел.) уже имели в анамнезе первую попытку суицида [12]. Данные научной литературы также говорят о том, что вероятность суицидальной попытки взрослого в возрасте до 30 лет, который, будучи подростком, имел суицидальные мысли, повышается в 12 раз, при этом треть попыток завершается летальным исходом [3].

Суицидальные попытки редко встречаются у детей до 12 лет, их частота возрастает в подростковом возрасте. Так же как и суицидальные мысли, суицидальные попытки, не приводящие к летальному исходу, чаще встречаются у девочек (особенно у девушек — старших подростков). Распространенность суицидальных попыток в популяции по усредненным данным: у мальчиков — до 4%, у девушек — до 10%. В научной литературе отмечается, что данная статистика может быть ниже фактического уровня, так как не все совершившие суицидальную попытку обращаются за медицинской помощью [3].

Результаты американских и европейских исследований показывают, что около 15% повторных суицидальных попыток происходят в течение полугода после первой, и от 14 до 24% — через год [13]. Так, например, около 17% подростков в возрасте от 12 до 17 лет, проживающих на территории Испании и госпитализированных после первой суицидальной попытки, в течение года совершили повторную попытку [14], при этом к важным предикторам суицидальной попытки в будущем исследователями были отнесены не только опыт предыдущих суицидальных попыток, но и случаи самоповреждающего поведения. С последним согласуются и результаты упомянутого выше проспективного исследования, проведенного в Великобритании [12]: 12% молодых людей, имевших на момент достижения ими 16 лет опыт самоповреждающего поведения (в том числе и с не суицидальными намерениями), к 21 году имели суицидальную попытку.

В целом, согласно данным мировой статистики соотношение попыток самоубийства к завершенным суицидам среди подростков оценивается в пределах от 20:1 до 100:1,5 [2, 15].

Завершенные суициды редки у детей, но есть описания отдельных случаев самоубийств у детей 5—8 лет. Частота завершенных самоубийств несовершеннолетних резко возрастает к 15—19 годам. Именно эта возрастная группа выделяется Всемирной психиатрической ассоциацией как самая уязвимая. При этом частота завершенных суицидов выше среди юношей, в то время как у девочек чаще отмечаются незавершенные суицидальные попытки и суицидальные мысли. По данным ВОЗ на 2018 год, средний уровень суицидов подростков в мире равен 10,5 случая на 100 тыс. чел.: 13,7 и 7,5 для юношей и девушек соответственно [16]. В то же время некоторые суицидологи полагают, что фактическая

частота самоубийств подростков может быть на треть выше заявленных значений [4].

Далее представлены некоторые данные *мировой статистики* по разным видам суицидального поведения.

Самый высокий риск суицидального поведения отмечается среди подростков 12—15 лет, проживающих на территории африканского континента и в некоторых странах азиатского региона [15, 17, 18].

В работе Tang [15], которая была написана на основе зафиксированных в базе данных проекта «Состояние здоровья обучающихся в школах» (the Global School—based Health Survey) результатов обследования 220 310 подростков в возрасте 12—15 лет из 83 стран мира, продемонстрировано, что каждый пятый школьник Африки имел в прошлом как минимум одну суицидальную попытку, примерно столько же имели суицидальные намерения и/или мысли (20% по каждому из трех типов суицидального поведения).

Уровень суицидального риска в странах Азии имеет разную выраженность в зависимости от конкретного региона. По оценкам ВОЗ, показатель частоты самоубийств подростков и молодых людей (15—29 лет), проживающих на территории Юго-Восточной Азии, варьируется от 3,6 на 100 тыс. чел. в Индонезии до 25,8 на 100 тыс. чел. в Непале и 35,5 на 100 тыс. чел. в Индии [15, 18].

Согласно результатам глобального обследования здоровья почти 43 000 школьников в возрасте 11—17 лет, проживающих на территории южноазиатских стран, около 9,10% подростков переживали суицидальные мысли, 10,42% имели суицидальные намерения, и 8,54% совершили суицидальную попытку в течение последнего года [18]. Полученные результаты согласуются с данными другого исследования, где страны Юго-Восточной Азии оказались в числе самых неблагополучных по частоте суицидальных мыслей и намерений среди подростков 12—15 лет [15].

В восточноазиатских странах показатель частоты завершенных суицидов по сравнению с аналогичным показателем в Южно-Азиатском регионе значительно ниже: например, в 2020 г. количество самоубийств корейских подростков 10—19 лет равнялось 6,5 чел. на 100 тыс. населения [17].

В странах ОЭСР — международной экономической организации развитых стран, куда входит большинство стран Европы, часть стран Южно-Американского континента, США, Австралия и Новая Зеландия, — средний уровень суицидов среди детей и молодых людей в возрасте 19 лет и младше составил 1,7 на 100 тыс. чел. [17]. При этом уровень смертности вследствие подростковых самоубийств также варьируется в зависимости от страны и региона. Так, в европейских странах показатель частоты подростковых самоубийств принимает значение от 5 на 100 тыс.

чел. в Южной Европе до 25—40 на 100 тыс. чел. в Северной и Восточной Европе [3].

Например, в Германии и Италии завершённые суициды среди подростков встречаются достаточно редко. По результатам немецкого исследования в 2017 году было зарегистрировано всего 212 самоубийств среди молодых лиц в возрасте от 10 до 20 лет. Тем не менее в школьных опросах о суицидальных мыслях сообщили 36,4—39,4% опрошенных, а 6,5—9% признались в попытках самоубийства [10]. По результатам крупномасштабного проспективного исследования суицидального поведения среди детей и подростков в возрасте от 10 до 19 лет, проживающих в Италии (всего 8 284 359 чел.), за период с 2012 по 2016 год вследствие самоубийства скончались 330 чел. преимущественно в возрасте от 15 до 19 лет, показатель частоты по параметру пола составил (на 100 тыс. несовершеннолетних) 1,71 для подростков мужского пола и 0,65 для женского [19].

Высокий уровень подростковых суицидов отмечается на территории постсоветских стран (как в европейских — Латвии и Литве, так и в странах Центральной Азии — Узбекистане и Казахстане) [20, 4, 21].

Из стран с развитой экономикой в число неблагополучных с точки зрения частоты подростковых самоубийств входят Финляндия, Япония, Новая Зеландия, США [3]. Например, в США в период с 2013 по 2018 год было зарегистрировано 8 298 случаев самоубийства среди несовершеннолетних в возрасте 10—19 лет, среди погибших также были подростки преимущественно старшего подросткового возраста (от 15 до 19 лет) [5].

Согласно данным Национального центра здравоохранения США, смертность от суицидов среди детей 10—14 лет за период с 2000 по 2020 г. неуклонно росла (в 2000 году количество самоубийств среди девочек этого возраста составляло 62, в 2010-м — 87, в 2020-м — 204 чел.; аналогичные показатели для мальчиков по годам соответственно — 238, 180 и 220 чел.), та же тенденция отмечалась и в группе лиц 15—24 лет (в 2000 году количество смертей девушек вследствие суицида — около 500 чел., в 2010-м — 829, в 2020-м — 1203 чел.; для юношей аналогичный показатель по годам соответственно — 3424, 3771 и 4859 чел.) [22].

В *Российской Федерации* согласно данным Росстата за 2017 г. частота завершённых суицидов детей в возрасте от 10 до 14 лет составила 1,6 на 100 тыс. человек той же возрастной группы, аналогичный показатель в группе подростков 15—19 лет значительно выше и равен 8,4 на 100 тыс. чел. Показатель самоубийств в сельской местности превышает аналогичный показатель среди несовершеннолетних, проживающих в городах, почти в три раза (2,3 на 100 тыс. детей, проживающих в селе, и 0,8 на 100 тыс. детей, проживающих в городе). Значительная доля са-

моубийств (60%) приходилась на лиц мужского пола, 40 % — на лиц женского пола [4].

Уровень суицидов по федеральным округам сильно различается. Как правило, на территории РФ уровень суицидов среди детей и подростков выше там, где наблюдается неблагоприятная ситуация по суицидам в целом¹ (так, например, ситуация в Сибирском, Дальневосточном, Уральском и Приволжском Федеральных округах характеризуется показателем частоты суицидов как среди подростков, так и у взрослых выше среднего по РФ в 2—4 раза). При этом на территории всех регионов, неблагополучных с точки зрения уровня самоубийств среди несовершеннолетних, сохраняется так называемый «гендерный парадокс», согласно которому подростки мужского пола чаще погибают вследствие завершённого суицида, в то время как девушки чаще совершают суицидальные попытки, которые не приводят к летальному исходу [4]. К наиболее благоприятным по эпидемиологической ситуации в 2017 г. округам относились Центральный, Южный и Северо—Кавказский ФО — в них средний показатель частоты суицидов среди несовершеннолетних равен 0,6—0,9 при среднем показателе по России 1,3 на 100 тыс. чел. [4].

Более актуальные эпидемиологические показатели представлены в имеющихся открытых базах фрагментарно. Так, по данным Следственного комитета Российской Федерации резкий рост детских и молодежных суицидов произошел в 2018 г. и продолжился в 2019 г., превышая показатели прошлых лет почти на 15% [23]. По данным Росстата число несовершеннолетних, совершивших самоубийство в 2020 году, на 20% ниже аналогичного показателя за 2018 г., однако в этой возрастной группе увеличивается число суицидальных попыток — из доклада уполномоченного по правам ребенка при президенте Российской Федерации за 2021 г. следует, что число попыток суицида среди несовершеннолетних за период с 2019 по 2021 г. увеличилось более чем на 10% [24]. Ситуация в отдельных субъектах Российской Федерации, вероятно, может несколько различаться. Так, статистические данные по Сибирскому федеральному округу демонстрируют рост числа суицидов среди младших и старших подростков за период с 2018 по 2020 г. и резкое снижение данного показателя в 2021 г. (показатель частоты суицидов в 2021 году составил 2,3 чел., в 2020 г. — 7,9 чел., в 2019-м — 6,9 чел., в 2018-м — 5,6 чел. на 100 тыс. чел. того же возраста) [25]. В то же время в Краснодарском крае

¹ Это правило не является универсальным для всех стран мира. Так, например, в Венгрии отмечается высокий уровень суицидов среди взрослых, но низкий — среди детей, а в Новой Зеландии наблюдается противоположный тренд: частота взрослых суицидов значительно уступает аналогичному показателю среди детей и подростков [2].

в 2021 г. по сравнению с 2020 г. зафиксирован рост числа случаев суицидального поведения у подростков на 41%, при этом число завершенных суицидов увеличилось на 133%, суицидальных попыток — на 60%, суицидальных намерений и высказываний — на 30% [26].

Способы суицидальных попыток. Наиболее распространенные способы совершения суицидальных попыток отличаются от ведущих способов самоубийств. Эпидемиологические данные по Алтайскому краю и Челябинской области показывают, что среди способов суицидальных попыток, не приведших к летальному исходу, преобладают самопорезы (чаще всего неглубокие), на втором месте находятся самоотравления [27, 25]. В Краснодарском крае в 2021 году среди суицидальных попыток преобладали отравления (50%) и самопорезы (41%), значительно реже подростками использовались такие способы, как прыжок с высоты, самоповешение или падение под движущийся транспорт [26]. В Забайкальском крае в период с 2019 по 2020 г. был отмечен рост суицидальных попыток среди несовершеннолетних, особенно высокий — среди подростков в возрасте до 15 лет. Способы суицидальных попыток были представлены нанесением самопорезов (40%), самоотравлениями (30%), попытками самоповешения (21%), падениями с высоты (7%) [28]. Как правило, подростки женского пола склонны выбирать менее летальные способы, что соотносится с меньшим уровнем завершенных суицидов среди девочек-подростков по сравнению с мальчиками [2].

Способы самоубийств. В отечественном исследовании, проведенном на материале описаний в СМИ 470 случаев самоубийств детей и подростков (8—18 лет) из 79 регионов Российской Федерации, были получены следующие результаты. За период с 2003 по 2021 год большинство суицидов было совершено детьми в возрасте от 12 до 16 лет. Самыми частыми способами самоубийств были повешение (56%) и падение с высоты (33%), на остальные способы — использование холодного и огнестрельного оружия, отравление, прыжки под транспорт — приходилось чуть более 10%. Юноши чаще совершали самоповешение и использовали огнестрельное оружие, а девушки — прыжки с высоты и самоотравление [29].

Российская статистика по отдельным регионам демонстрирует картину, схожую с общероссийской. При анализе характеристик суицидального поведения 179 подростков, совершивших суицид преимущественно на территориях Центрального и Сибирского федеральных округов, были выявлены следующие основные способы самоубийства: повешение (79%), падение с высоты (10%), самоотравление (5%), самоповреждение огнестрельным и холодным оружием (5%). В отдельных случаях встречались самоповреждение режущими предметами (2%) и прыжок под поезд (1%) [30].

По данным на 2022 г. наиболее частыми способами суицида в Тюменской области были прыжки с высоты и самоповешение [31]; в Республике Бурятия в период с 2012 по 2016 г. подростковые самоубийства осуществлялись с помощью самоудушения (85%), отравления (9%), падения с высоты (4%) и применения огнестрельного оружия (1%) [32]; способы суицидов несовершеннолетних в Забайкальском крае за 2016—2020 гг. представлены самоповешением (84%), использованием огнестрельного оружия (8%), самоотравлением (2%), падением с высоты (2%) и нанесением смертельных самопорезов (2%); в Республике Чувашия за период с 2002 по 2021 г. ведущими способами были самоповешение (50%) и прыжки с высоты (30%) [32], в Челябинской области по данным на 2004 г. 95% подростковых самоубийств было осуществлено с помощью самоповешения [27]; в Республике Саха (Якутия) наиболее распространенным способом совершения суицидов среди детей и подростков в период с 2003 по 2011 было самоповешение (84%), значительно реже применялось огнестрельное самоповреждение (13%) и другие способы суицидов, в том числе самоотравление и падение с высоты (3%) [34].

Результаты описанных выше эпидемиологических исследований подтверждают, что самым частым способом самоубийств детей и подростков на территории Российской Федерации является самоповешение. Похожая тенденция наблюдается во многих странах мира. Так, по данным ВОЗ в период с 2000 по 2009 год ведущим способом самоубийств несовершеннолетних обоих полов являлось самоповешение, а на втором месте было применение огнестрельного оружия подростками мужского пола и самоотравление у девочек-подростков [35]. Согласно последним зарубежным данным, растет распространенность такого способа самоубийства, как прыжки под поезд (суицид с использованием транспортных средств), который постепенно входит в группу лидирующих наряду с самоповешением, самоотравлением и использованием огнестрельного оружия [36].

Некоторые различия по способам суицида в отдельных географических районах и странах связаны со степенью доступности их средств — так, например, смерть с использованием транспортных средств чаще наступает среди подростков, живущих в регионах с развитой железнодорожной сетью [3]. В США, где огнестрельное оружие имеет высокую доступность, за период с 2000 по 2020 год его применение было ведущим способом суицида среди подростков мужского пола, удушение и отравление занимают второе и третье место соответственно, причем со значительным отрывом; среди девушек-подростков в начале 2000-х использовались чаще всего огнестрельное оружие и самоотравление, в то время как самоудушение встречалось почти в два раза реже, однако в последние годы все три способа совершения суицида применяются оди-

наково часто [22]. Из общей мировой статистики выбивается и Корея, где ведущий способ самоубийств среди подростков обоих полов — прыжки с высоты, а повешение занимает второе место [37].

Сравнительные исследования суицидального поведения у детей и взрослых. При анализе различий между взрослыми и подростковыми попытками суицида были выявлены некоторые различия.

В зарубежном исследовании, проведенном в Южной Корее на материале 149 случаев суицидальных попыток среди несовершеннолетних и 1427 аналогичных случаев среди взрослых в возрасте от 19 до 65 лет, были получены следующие результаты. У подростков, пытавшихся совершить суицид, было больше предыдущих попыток самоубийства (41%), чем у взрослых. Подростки также чаще совершали парные суициды (6%), что значительно больше, чем у взрослых (0,9%), при этом данное различие наблюдалось только среди лиц женского пола. Ведущим способом суицида в обеих группах было самоотравление. В то же время способы самоотравления значимо отличались: подростки выбирали менее летальные медикаментозные препараты (прием анальгетиков), а взрослые, в свою очередь, пытались совершить попытку суицида путем передозировки психотропными средствами или пестицидами. В связи с этим в 80% случаев суицидальные попытки у детей имели низкую летальность, в то время как у взрослых более половины попыток имели среднюю или высокую летальность. Полученный результат исследователи объясняют большей доступностью для детей и подростков обезболивающих препаратов, так как они отпускаются без рецепта [13].

В упомянутом выше исследовании подростковых суицидов, проведенном на материалах в СМИ, в качестве контрольной группы выступали около 400 случаев завершеного суицида среди взрослых. При сравнении характеристик подростковых суицидов с выборкой взрослых людей были получены следующие результаты: мальчики и юноши чаще взрослых мужчин уходили из жизни путем повешения и прыжков с высоты, а девушки — только с помощью падения с высоты. Взрослые суициденты по сравнению с несовершеннолетними чаще прибегали к более разнообразным способам, таким как отравление, утопление, использование холодного и огнестрельного оружия [29]. Похожие результаты были получены и на выборке детей и подростков из Республики Чувашия, где огнестрельное, в большинстве случаев охотничье, оружие не использовалось несовершеннолетними как средство самоубийства в отличие от взрослых суицидентов [33]. Полученные различия, вероятно, также объясняются разной доступностью способов самоубийства для детей и взрослых.

1.2. Социодемографические, социально-экономические и этнокультуральные факторы суицидального поведения

Т.В. Авакян, Е.В. Борисоник, М.А. Москачева

Социодемографические факторы: возраст и пол. По имеющимся в научной литературе данным, одним из важных социодемографических факторов суицидального риска является возраст. Суицидальные мысли редко встречаются у детей младше 10 лет, а суицидальные попытки редки до 12 лет [3]. Суициды чаще совершаются в старшем подростковом (14—17) и юношеском (18—19) возрастах. Таким образом, наиболее опасным с точки зрения суицидального риска является возраст от 14 до 19 лет (по некоторым эпидемиологическим данным — с пиковой величиной риска в 15—17 лет). В последние годы наметилась также тенденция к омоложению суицидентов, о чем свидетельствует рост числа самоубийств среди детей 12—14 лет. Увеличение частоты суицидов в этой возрастной группе отмечается как на территории зарубежных стран (например, Литвы, Казахстана, Шри-Ланки), так и в Российской Федерации [38, 2, 3, 32, 39].

Говоря о гендерных характеристиках, отмечается следующая тенденция: мальчики и юноши чаще, чем девочки, совершают суициды со смертельным исходом, при этом выбранный ими способ суицида имеет большую летальность (повешение или прыжок с высоты, применение холодного и огнестрельного оружия) [2, 38, 9, 32]. Девушки, в свою очередь, чаще имеют суицидальные мысли и совершают попытки самоубийства, не приводящие к смерти [3, 15, 6, 40, 39]. При этом, согласно зарубежным данным за 2011—2021 гг., частота суицидальных попыток среди девочек выросла почти на 30% [40, 41]. Согласно отечественным данным, самоповреждающее поведение также чаще встречается у девушек, в большинстве случаев в виде нанесения порезов [3].

Таким образом, девочки гораздо чаще, чем мальчики, думают о самоубийстве, но мальчики гораздо чаще, чем девочки, реализуют это намерение со смертельным исходом, потому что, как правило, используют более смертоносные средства, чем девочки. По данным исследования 479 случаев самоубийства, совершенных на территории 70 регионов России, юноши чаще совершали самоповешение и самострел, а девушки — прыжки с высоты и самоотравление [29]. В то же время, по имеющимся в некоторых исследованиях данным, отмечается тенденция к возрастанию частоты применения девушками более летальных средств для самоубийства [38, 29].

Социально-экономические факторы. По данным ВОЗ, около 80% суицидов среди всех возрастных групп населения приходится на стра-

ны с низким и средним уровнями доходов [3]. В развитых странах суицидальный риск связан с экономической нестабильностью, уровнем безработицы, а также величиной индекса Джини — показателем неравномерности распределения доходов в обществе [42]. Как показывают эпидемиологические данные, суицидальный риск выше у подростков и молодых людей, проживающих в странах с невысоким и средним уровнями доходов населения, по сравнению с их сверстниками из более «богатых» стран [3].

По данным метааналитического обзора 90 исследований суицидального поведения подростков (совокупная выборка включала 1 067 000 подростков в возрасте от 10 до 19 лет, проживающих на территории 45 разных государств), в странах с высоким уровнем экономического неравенства юноши 15—19 лет чаще совершают самоубийства по сравнению с девушками того же возраста. Авторы предполагают, что ситуация экономического неравенства оказывает более стрессогенное влияние на психическое здоровье юношей / молодых мужчин, поскольку традиционно во многих странах на них ложится обязанность по материальному обеспечению семьи [36].

Исследовались связи между психическими расстройствами у подростков и социально-экономическим статусом их семьи. При этом рассматривались как объективные показатели (доход семьи, уровень образования родителей, а также индекс Джини), так и статус, субъективно воспринимаемый самим подростком. Было показано, что субъективная оценка социально-экономического положения (то место в социальной иерархии, на которое ставит себя подросток) была связана с более высоким риском возникновения всех рассматриваемых в исследовании психических заболеваний (тревожных и аффективных расстройств, расстройств поведения и связанных с употреблением ПАВ), в то время как, например, низкий уровень образования родителей был связан с увеличением риска только тревожных расстройств. Авторы делают вывод, что у подростков восприятие своего социального положения является одним из наиболее значимых и тесно связанных с психическим здоровьем аспектов социально-экономического статуса [43].

Глобальные финансовые последствия, вызванные пандемией COVID-19, — значимый фактор, усугубляющий психическое состояние молодежи [44, 45]. Согласно результатам исследования, проведенного в Корее, экономические трудности семьи, спровоцированные пандемией, были связаны с симптомами тревоги, депрессии и суицидальными мыслями у подростков (о них сообщили 10,9% от общей выборки объемом 54 948 чел.). В семьях со средним и низким экономическим статусом эти связи были более сильными, при этом в семьях с тяжелыми экономическими трудностями депрессивная симптоматика и суицидальные пере-

живания возникали у девочек чаще, чем у мальчиков, а юноши, в свою очередь, чаще испытывали тревогу [45].

В исследовании, посвященном изучению последствий пандемии для психического здоровья подростков из США ($N = 9720$, средний возраст 12,9 года), было показано, что субъективная оценка подростком финансового положения семьи, наряду с частотой семейных конфликтов, опосредуют связь между объективным показателем финансового напряжения в семье и психическим здоровьем. Задача оценки суицидального риска в данном исследовании не ставилась, но было показано, что общий уровень депрессивной симптоматики достоверно выше у тех подростков, в чьих семьях кто-то из близких потерял работу [44].

В другом исследовании депрессия рассматривалась в качестве опосредующего механизма между воспринимаемым финансовым стрессом в семье и суицидальными мыслями у подростков, при этом более надежная привязанность между родителями и детьми выступала в качестве защитного ресурса, смягчающего негативное влияние депрессивного состояния [46]. При этом авторы отмечают, что более низкий доход может ограничивать для семьи доступ к получению консультативной и медикаментозной психиатрической помощи, что также может усугубить развитие суицидальных переживаний. Эти результаты соотносятся с данными о негативном влиянии компонентов многомерной бедности (доступность пищи, питьевой воды, медицинского обслуживания, образования, жилья, информации и санитарные условия) на психическое здоровье детей в виде повышения тревожности и депрессивности и более частом возникновении проблем с психическим здоровьем у детей из более бедных семей [47].

Если говорить о российской статистике, то имеющиеся эпидемиологические данные подтверждают общемировую тенденцию: распространенность самоубийств среди жителей более неблагополучных районов выше, чем в более экономически развитых. Так, по данным на 2019 год распространенность самоубийств среди несовершеннолетних, проживающих в сельской местности, почти в три раза больше, чем среди городских жителей (0,8 на 100 тыс. чел. в городе и 2,3 на 100 тыс. чел. в сельской местности), при этом случаев завершенного суицида среди юношей больше, чем среди девушек [4].

В число субъектов РФ с наиболее высокой частотой суицидов среди несовершеннолетних, проживающих в сельской местности, по данным на 2018 год входят традиционно неблагополучные по эпидемиологической ситуации по суицидам регионы (далее в скобках указано количество суицидов среди подростков на 100 тыс. чел.) — Республика Алтай (10,2), Удмуртская Республика (8), Амурская область (7,9), Иркутская область (7), Бурятия (6,9).

Проведенные на российской выборке исследования показывают, что в малообеспеченных семьях суицидальное поведение встречается чаще в полтора раза [3]. Среди завершенных суицидов преобладают подростки (15—17 лет) мужского пола, проживающие в сельской местности, из неполных семей [3].

Исследования влияния социально-экономических факторов на уровень подростковых суицидов в регионах немногочисленны. Так, в исследовании подростков из группы коренных народов Севера была продемонстрирована достаточно высокая распространенность таких социально-экономических факторов суицидального риска, как низкий уровень дохода семьи, материально-бытовые проблемы, алкоголизация родителей. Эти факторы риска чаще встречались в семьях подростков, проживающих в северных районах Сибирского региона (якутов, эвенов, эвенков), а также у подростков тувинской национальности [48]. Влияние пандемии COVID-19 на психическое состояние и ее неблагоприятные социально-экономические последствия привели к увеличению количества суицидальных попыток почти в два раза среди подростков младшей возрастной группы в Забайкальском крае [28]. В целом, к социально-экономическим факторам, оказывающим негативное влияние на психическое здоровье и уровень суицидов в некоторых российских регионах, авторы относят: экономический спад, низкий уровень благоустройства жилья, материально-бытовые проблемы, безработицу, а также дефицит кадров в области здравоохранения, что приводит к росту социальной напряженности [48, 28].

Обобщая данные российских и зарубежных исследований, в группу повышенного суицидального риска можно объединить подростков, проживающих в экономически неблагополучных странах и регионах (1), в странах с развитой рыночной экономикой и высоким уровнем социального неравенства (2), в сельской местности (3), из семей с низким социально-экономическим статусом (4); оценивающих свое социально-экономическое положение ниже фактического уровня (субъективная оценка подростком своего места в социальной иерархии) и с высоким уровнем воспринимаемого финансового стресса в семье (5). По некоторым научным данным юноши 15—19 лет хуже переносят ситуацию экономического неравенства, чем девушки.

Этнокультуральные факторы суицидального поведения. Показатель частоты подростковых суицидов не одинаков в разных регионах РФ и меняется в зависимости от места проживания и этнической принадлежности.

В группу регионов с наиболее благоприятной обстановкой по суицидам, по имеющимся открытым данным на 2017 год, вошли Центральный, Южный и Северо-Кавказский федеральные округа — частота за-

вершенных суицидов среди несовершеннолетних в них составила от 0,6 до 0,9 случая на 100 тыс. чел. [4]. К наиболее неблагополучным регионам Российской Федерации по статистике суицидов среди подростков и молодежи относятся республики Алтай, Бурятия, Саха и Тыва, Забайкальский край, Амурская и Иркутская области [49, 48, 4, 50] — показатель частоты завершенных суицидов в них варьируется от 9 до 3,5 случая на 100 тыс. чел. При этом показатели смертности от суицидов среди подростков коренных народов Сибири (якутов, эвенков, алтайцев, бурят и тувинцев) в несколько раз превышают средние значения по РФ (средний показатель частоты завершенных суицидов по РФ в 2018 г. 1,3 случая на 100 тыс. чел, в то время как аналогичный показатель в Республике Алтай равен уже 9 случаям на 100 тыс. чел.) [4, 50].

Региональный разброс показателей частоты суицидального поведения среди несовершеннолетних характерен не только для России, но и для других стран, где проживают коренные народы (в частности, в США, Канаде, Бразилии и Новой Зеландии). Относительно невысокие показатели частоты суицидов регистрируются среди саамов — коренных народов, проживающих в Швеции и Норвегии [51, 52].

Некоторые социологи и суицидологи полагают, что высокий уровень самоубийств среди представителей коренных народов, проживающих на территории Российской Федерации, объясняется низким уровнем качества жизни и другими неблагоприятными социально-экономическими факторами (бедностью, отсутствием карьерных перспектив в регионах, алкоголизацией и т.п.) [52, 49, 28]. В то же время есть данные, согласно которым показатели частоты суицидов в рамках одной и той же республики могут различаться в зависимости от принадлежности к тому или иному этносу. Так, например, у подростков коренных популяций Сибири показатель частоты самоубийств в несколько раз превышает аналогичный показатель среди подростков из группы восточных славян, проживающих на территории того же региона [52, 48]. Существует несколько гипотез для объяснения данного феномена.

Так, ученые полагают, что имеется связь между типом религии и частотой суицидального поведения. У славян ведущей религией является христианство с его строгим запретом на самоубийство; среди лиц, проживающих на территории Кавказского региона, распространен ислам, где самоубийство считается тяжелейшим грехом и имеет последствия не только для самого суицидента, но и для его семьи, на членов которой помимо бремени суицида ложится общественное порицание; в то же время для коренных народов финно-угорской группы, проживающих на территории Западной Сибири, характерно наличие языческих традиций с верой в загробную жизнь и перерождение в ней в новом качестве, что, в свою очередь, приводит к отсутствию жесткого запрета на суицид и

снижению страха перед смертью; у бурят, калмыков, тувинцев распространены буддизм и шаманизм, где также существует более терпимое отношение к самоубийству [53, 52].

В качестве еще одного объяснения описанного выше феномена выдвигается гипотеза о существовании определенных индивидуально-типологических особенностей представителей коренных народов, отличающих их от лиц славянской группы. В этом русле предпринимаются попытки выделить особенности высшей нервной деятельности подростков, их когнитивного стиля, а также социальных факторов, которые приводят к психической дезадаптации.

Так, у подростков — представителей коренных народов Сибири были обнаружены более высокие по сравнению с подростками-славянами показатели нейротизма, неуверенности в себе, недоверчивости и настороженности по отношению к другим, а также более интенсивное переживание чувства вины [52, 49]. В этой же группе были выявлены такие когнитивные факторы риска суицидального поведения, как наличие дезадаптивных установок, склонность к чрезмерной глобализации суждений, субъективное ощущение неразрешимости жизненных трудностей. Их социальная ситуация развития характеризуется наличием таких неблагоприятных факторов, как алкоголизация членов семьи, семейные конфликты, сложные материально-бытовые условия [49, 48]. Выдвигалась даже версия о генетической предрасположенности к самоубийству среди представителей коренных народов [52], однако в настоящее время фокус исследований сместился на поиск соответствующих генов, характерных для представителей всех популяций [54].

Еще одним фактором риска суицида у подростков и молодых людей — представителей коренных народов является трансгенерационная травма и отчуждение молодежи от собственной культуры, вызванное необходимостью соответствовать образцу человека европейской культуры, наделенного определенным экономическим и социальным статусом. Несоответствие этому эталону вследствие социально-экономических и иных причин приводит к снижению самооценки подростков, усиливает их психическую дезадаптацию, тем самым увеличивая риск суицидального поведения [53, 54, 3]. Похожая картина наблюдается не только в России, но и в США, Канаде, Бразилии и Новой Зеландии, где колонизация территорий шла достаточно агрессивно, с подавлением культуры местного населения [53, 51].

С другой стороны, в некоторых странах и отдельных регионах РФ, на территории которых удалось сохранить национальные традиции коренных народов, уровень суицидов среди подростков — представителей коренных этносов достаточно низкий [52, 50]. Так, например, в Норвегии, где вместо европоцентризма господствует мультикультурализм, процент

самоубийств у подростков-саамов один из самых низких среди коренных народов мира; у северокавказских народов, где сохраняются национальные традиции и развита общность и крепкие семейные связи, один из самых низких показателей частоты подростковых суицидов в Российской Федерации.

Таким образом, более высокий риск самоубийств молодежи коренных народов наблюдается во многих странах мира, в том числе и на территории Российской Федерации. Сложные социально-экономические условия, трансгенерационная травма, связанная с пережитым стрессом насильственной ассимиляции, потеря культуры и национальной идентичности относятся исследователями к потенциальным факторам риска суицидального поведения, а общность, крепкие семейные связи и определенный тип религии — к потенциальным факторам-протекторам.

Что касается иных расовых и этнических меньшинств, то факторы, увеличивающие суицидальный риск, будут зависеть от региона их проживания. Так, подростки-афроамериканцы реже думают о суициде по сравнению со сверстниками европеоидной расы. Однако в последние годы отмечается рост частоты суицидальных попыток и завершенных суицидов среди афроамериканцев [3]. В особой группе риска находятся также дети мигрантов: было показано, что дети родителей-эмигрантов подвержены большему риску самоубийства, если обитают в районе, где оказались в меньшинстве, и, напротив, в районах, где большая часть населения также является иностранцами, риск суицидального поведения снижается (похожие результаты зафиксированы при изучении частоты суицидов среди испаноязычных подростков, проживающих на территории США, южноазиатских — в Великобритании, детей эмигрантов любых национальностей, проживающих в Южной Корее [3, 55, 56]).

Подводя итоги обзора, можно отметить, что суицидальное поведение является актуальной проблемой системы общественного здравоохранения. В настоящее время наблюдается тенденция к омоложению суицидов — увеличению их частоты в группе подростков. Подростки и молодые люди в возрасте от 10 до 19 лет являются важной группой профилактики суицидов. Это подтверждают как отечественные, так и зарубежные эпидемиологические данные. Наиболее опасным с точки зрения высокого суицидального риска является возраст от 14 до 19 лет (по некоторым эпидемиологическим данным с пиковой величиной риска в 15—17 лет). Девочки гораздо чаще, чем мальчики, думают о самоубийстве, но мальчики гораздо чаще, чем девочки, умирают в результате самоубийства, так как подростки мужского пола чаще используют средства суицида с высокой летальностью. Мальчики и юноши входят в группу высокого риска по суицидам, девочки-подростки — в группу риска по самоповреждающему поведению и суицидальным мыслям. В то же вре-

мя хронические мысли о суициде и самоповреждающее поведение являются важными предикторами совершения суицидальной попытки, в том числе с летальным исходом, в течение нескольких лет с момента их появления. В группу повышенного суицидального риска можно отнести подростков, проживающих в экономически неблагополучных странах и регионах (1), в странах с развитой рыночной экономикой и высоким уровнем социального неравенства (2), в сельской местности (3), из семей с низким социально-экономическим статусом (4); оценивающих свое социально-экономическое положение ниже фактического уровня (субъективная оценка подростком своего места в социальной иерархии) и с высоким уровнем воспринимаемого финансового стресса в семье (5). По некоторым научным данным юноши 15—19 лет хуже переносят ситуацию экономического неравенства, чем девушки. Наибольшему риску возникновения суицидальных мыслей и попыток подвергаются подростки из числа коренных народов, представляющих разные расы. Подростки из числа коренного населения, живущие в сельских общинах, относятся к группе лиц, наиболее подверженных риску смерти в результате самоубийства. В связи с миграционными процессами в особой группе риска находятся также дети мигрантов.

Раздел 2. Клинические факторы суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах

2.1. Основные психопатологические факторы суицидального риска в детском, подростковом и юношеском возрастах

В.Д. Бадмаева, Е.Г. Дозорцева

Суицидальное поведение детей и подростков представляет собой многофакторное явление, в котором задействованы как социально-психологические, индивидуально-личностные, так и психопатологические механизмы. Вместе с тем, существенная часть исследований и концептуализации в этой области приходится на клинико-психопатологическое (психиатрическое) и психологическое направления.

В течение длительного периода с начала становления психиатрии причина суицида объяснялась наличием психического расстройства. Так, согласно первой научной концепции суицида Ж. Эскироля, самоубийство являлось проявлением сумасшествия, а все самоубийцы представлялись душевно больными людьми [57]. Психопатологическая концепция суицида звучала и в работах других зарубежных и отечественных психиатров — Жан-Пьера Фальре, И.А. Сикорского, С.С. Корсакова и др.

До настоящего времени исследователями по-разному оценивается роль психической патологии в суицидогенезе. Вместе с тем, доказано, что уровень самоубийств среди лиц, страдающих психическими расстройствами, превышает частоту суицида в популяции в целом (примерно от 2 до 5 раз) [58].

В соответствии с интегративной концептуальной моделью суицидального поведения Б.С. Положего с соавторами [58, 59, 60] суицидальность рассматривается как процесс с этапами и определенной динамикой развития. Согласно данной модели на суицидальное поведение влияют детерминанты трех рангов. Психопатологические состояния относятся к детерминантам I ранга, наряду с биологическими и личностно-психологическими факторами, являясь основными предпосылками развития суицидального поведения. Детерминанты II ранга включают в себя иные факторы предрасположенности к суициду, такие как отсутствие социальной поддержки и семьи, злоупотребление психоактивными веществами, последствия физических и психических травм. Стрессовые события являются неотъемлемой составляющей суицидального поведения, запускающей процесс и позднее приводящей к суицидальной попытке. В качестве детерминант III ранга рассматриваются факторы социального

неблагополучия, фактически определяющие популяционную динамику суицидов. Эта модель не имеет возрастной специфичности и может быть применена как к взрослым, так и к подросткам.

В русле «диатез-стресс» подхода Б.С. Положий и Е.А. Панченко (2012) выделили факторы, влияющие на частоту суицидального поведения в детском и подростковом возрасте. К ним были отнесены, наряду с биологическими, генетическими, социальными факторами, социально-экономическим неблагополучием, наличие психических расстройств, в том числе невыявленных, а также недостаточность оказания суицидологической помощи [61].

2.1.1. Роль психопатологического фактора в формировании суицидального поведения несовершеннолетних

Значимость психической патологии в формировании суицидального поведения подчеркивается многочисленными исследованиями. Традиционно суицидальное поведение связывают с аффективными расстройствами, среди которых, прежде всего, выделяют депрессивные состояния [62]. Это относится как к взрослой, так и к подростковой популяции [63]. Наряду с этим у подростков, совершивших суицид или суицидальную попытку, нередко диагностируются формирующиеся личностные расстройства [64], проблемы, связанные с коморбидностью гиперактивности и дефицита внимания при биполярных расстройствах [65], сочетание пограничного личностного расстройства и депрессии [66], а также зависимость от психоактивных веществ, посттравматическое стрессовое расстройство, пищевые расстройства и расстройства шизофренического спектра [67].

Биологический подход к суицидогенезу постулирует этиологическую связь между нарушениями развития в онтогенезе, психической патологией, а также отсроченной активацией суицидальной активности [68, 69, 70]. В период пубертатного криза, когда отмечается активное созревание мозговых структур и нестабильность психической деятельности, проявления дизонтогенеза влияют на суицидогенез наиболее активно. С усовершенствованием методов нейровизуализации, генетических исследований, иммунологической и нейробиохимической диагностики появилась возможность для объективного изучения параметров жизнедеятельности и оценки степени суицидоопасности. Так, проводятся исследования, направленные на поиск конкретных генов, ассоциированных с суицидальной активностью [71]. Также рассматривается связь определенных локусов генов и ранее полученной и до определенного момента «спящей» травмы с последующим развитием суицидального поведения, вследствие триггерного воздействия [72, 73].

Само носительство этих «негативных» генов не ведет к развитию суицидального поведения, однако в сочетании с другими стрессовыми

факторами может способствовать его реализации. В результате применение методов нейровизуализации позволило выявить неравномерность созревания и миелинизации различных мозговых структур у детей и подростков. Так, раньше формируются отделы головного мозга, отвечающие за сенсорные и моторные функции, и лишь затем созревают отделы, контролирующие эти функции. Вследствие этого в детско-подростковом возрасте отмечается незрелость эмоционально-волевой сферы с недостаточностью когнитивного контроля [74, 75].

Роль нейробиологических систем, в частности серотониновой, наряду с системой стресс-реагирования (гипоталамо-гипофизарно-кортикоидной), рассматривается как биологический фактор суицидального поведения, вместе с тем их дисфункция может обуславливать и развитие депрессивного состояния [73, 76, 77], что формирует негативный образ будущего с развитием ощущения беспомощности и отчаяния [77]. Одними из важных свидетельств в пользу нейробиологического подхода являются результаты исследований мозга, которые выявляют нарушения функционирования серотониновой нейротрансмиттерной системы и системы стресс-реакции гипоталамо-гипофизарно-надпочечной оси [76, 78, 79, 80]. Данные нарушения проявляются в виде недостаточного когнитивного контроля настроения, пессимизма, реактивных агрессивных черт, трудностей при решении проблем, чрезмерного реагирования на негативные социальные стрессоры, переживания эмоциональной боли и суицидальных мыслей, приводящих к суицидальному поведению. Однако следует заметить, что изменения данных систем отражают не саму суицидальную активность, а уровень агрессии и возможности импульсивных действий, связанных с нарушениями эмоционально-волевой сферы, вследствие дефицита контроля [77].

Одной из форм исследования факторов и механизмов суицидогенеза является посмертный психологический анализ личности и состояния погибшего, который в иностранной литературе часто обозначается как «психологическая аутопсия» [81]. Ряд исследований был проведен в отношении подростков и молодых людей с помощью посмертного психологического анализа и диагностики, однако выборки, включенные в исследования, были в основном невелики. В исследовании [82] на выборке из 27 человек в возрасте от 15 до 24 лет были показаны преобладающие диагнозы (депрессии и личностные расстройства), а также подчеркивалась значимость социальных контактов и возникающих в отношениях трудностей. G. Portzky и его коллеги (2005) в исследовании на выборке из 19 бельгийских подростков от 15 до 19 лет выявили наличие хотя бы одного психического расстройства во всех представленных случаях. В половине случаев это было расстройство личности, в одной пятой случаев — расстройство адаптации. Таким образом, они подтвердили

тенденцию к преобладанию клинических диагнозов в анализе состояния при посмертном исследовании [83]. Аналогичные данные получены и в отечественных работах.

Так, при анализе 478 посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ) совершивших самоубийства детей и подростков, проведенном на основе данных из семи федеральных округов РФ, было выявлено, что психические расстройства и расстройства поведения отмечались в 41,1% случаев из общей выборки. При этом у несовершеннолетних суицидентов выявлялся достаточно высокий процент психогенных психических расстройств («Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», по МКБ-10: F43; «Депрессивный эпизод», F32). У несовершеннолетних старшей возрастной группы спектр психических расстройств расширялся за счет присоединения «Формирующегося личностного расстройства» (F60-61), «Органического расстройства личности» (F07), «Эмоциональных расстройств и расстройств поведения, начинающихся в детском и подростковом возрасте» (F90-98).

В работе Е.Ю. Шкитырь [84] указывается, что из 170 случаев завершенных суицидов несовершеннолетних психические и поведенческие расстройства, а также акцентуированные личностные черты отмечались у 54,7%. При этом клинически очерченные заболевания в рамках отдельных нозологических форм в соответствии с МКБ-10 наблюдались в 45,8% случаев и были классифицированы по следующим нозологическим рубрикам: «Расстройство приспособительных реакций» (F43.2), «Формирующееся расстройство личности» (F60), «Органическое расстройство личности» (F07), «Общие расстройства психологического (психического) развития» (F84), «Расстройства шизофренического спектра» (F20-21), «Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ» (F10), «Расстройства приема пищи» (F50) и «Депрессивный эпизод» (F32). Стоит отметить низкую частоту предшествующих обращений несовершеннолетних за специализированной помощью к таким специалистам, как психиатр и психолог, или однократность таких посещений. Это свидетельствует о необходимости психообразовательных мероприятий среди широких групп населения, включающих в себя и информацию о специалистах и оказываемой ими помощи в случае суицидальных высказываний подростка, высокая частота которых обсуждалась выше.

Таким образом, данные работы подтверждают, что психические расстройства и расстройства поведения повышают суицидальный риск, нередко являясь ведущим фактором суицидогенеза у несовершеннолетних.

Теперь рассмотрим отдельные нозологические состояния и их связь с суицидальным поведением детей и подростков.

2.1.2. Аффективные расстройства как клинический фактор суицидальности

Высокий уровень суицидальной опасности у подростков с аффективными расстройствами отмечается многими отечественными и зарубежными исследователями [85, 86]. Считается, что риск суицида у больных депрессией в 30 раз выше, чем в общей популяции, и больные депрессией составляют 30—60% от общего числа лиц, совершивших самоубийства [60]. Депрессия, по мнению Е.Б. Любова с соавторами, является ведущей причиной суицидального поведения у подростков [3]. Как считают авторы, проводившие анализ психологических аутопсий, около 60% подростков соответствовали критериям депрессивного расстройства (DSM IV) при суициде. У 90% лиц с расстройствами настроения в детском возрасте в анамнезе выявлялись различные формы суицидального поведения [3].

По мнению специалистов, практически для каждого ребенка и подростка с выявленным аффективным расстройством должна проводиться оценка предрасположенности к суицидальному поведению. При этом необходимо учитывать актуальную симптоматику, наличие предыдущих суицидальных попыток в анамнезе, фактов насилия в отношении ребенка, а также такой черты личности, как импульсивность [87].

По данным эмпирического исследования несовершеннолетних с завершенными суицидами в рамках проведения посмертной КСППЭ, экспертами практически в 40% случаев квалифицировался «Депрессивный эпизод» (F32 по МКБ-10). В 22% случаев из данной выборки у несовершеннолетних депрессия характеризовалась тяжелым течением. Клинически она проявлялась в снижении настроения и аппетита, потере веса, выраженной психомоторной заторможенности, расстройствах сна, потере самоуважения, чувстве никчемности, идеях виновности, суицидальных мыслях, снижении активности и энергетического потенциала, ограничении межличностных контактов, расстройстве адаптации. Отмечались выраженные «соматические» симптомы с ранним пробуждением по утрам, субъективным ощущением тревоги, беспокойства, «тяжестью депрессии» в утренние часы. У подростков старшей возрастной группы тревога, отчаяние и двигательная ажитация были более выражены, чем депрессия, а аффект маскировался дополнительными симптомами: раздражительностью, истерическим поведением, обострением предшествующих фобических и навязчивых симптомов, ипохондрическими идеями. При этом суицидальные мысли и намерения появлялись у всех подростков с депрессивным эпизодом тяжелой степени, а большая часть из них предпринимали неоднократно активные самоповреждающие действия. В ряде случаев клиническая картина тяжелой депрессии усложнялась за счет присоединения бредовых, а у кого-то и галлюцинаторных переживаний [88, 84].

2.1.3. Формирующаяся личностная патология и аутоагрессивное поведение у подростков

Выраженным потенциальным личностным предиктором суицидального поведения являются расстройства личности, особенно в состоянии декомпенсации [3]. Так, по данным исследований указанная патология в качестве основного диагноза определяется в 15—35% случаев у лиц с завершенным самоубийством, а у 30—70% имеются акцентуированные личностные черты [4]. У подростков, совершивших суицид или суицидальную попытку, нередко диагностируются формирующиеся личностные расстройства. Имеются сведения, что личностные расстройства кластера В, а именно антисоциальное, пограничное, гистрионное и нарциссическое, обнаруживают значительно более сильные связи с суицидальным поведением, нежели личностные расстройства в целом [89]. Пограничное расстройство личности часто связывается с самоповреждением или суицидальными поступками, чему способствуют такие характерные черты, как слабый контроль агрессии, импульсивность, выраженная реакция в ситуации потери отношений [90, 66].

Анализ данных исследований при проведении посмертной КСППЭ показал, что формирующаяся личностная патология определялась у 16,6% лиц старшего подросткового и юношеского возраста, и у половины из них квалифицировалось «Формирующееся смешанное расстройство личности» (F61.03). Данный тип личностной патологии, в целом, в подростковом возрасте диагностируется чаще других типов, при этом в клинической картине имеют равнозначное место несколько личностных радикалов. У подростков с раннего детства до препубертата отмечались проявления психической неустойчивости, повышенной возбудимости, нередко на фоне сложных внутрисемейных отношений, обусловленных не только поведением несовершеннолетнего, но и особенностями характерологического склада родителя (опекуна). В преморбиде у подростков проявлялись черты аффективной лабильности, эгоцентричности, демонстративности, поверхностности, капризности, повышенной впечатлительности, внушаемости, конфликтности, с трудностями в разрешении сложных ситуаций, наряду с повышенной чувствительностью к критике в свой адрес. Следует отметить, что в процессе взросления у несовершеннолетних в период структурирования расстройства не происходит нивелирования полиморфности клинической картины. Сочетания истероидных и шизоидных черт, шизоидных и эмоционально неустойчивых, истерических и зависимых, а также другие варианты исключали возможность диагностики какого-либо определенного типа личностной патологии. При этом, наряду с патохарактерологическими чертами, проявлялись возрастные реакции оппозиции, негативизма и эмансипации,

признаки дисгармоничности пубертата, психоэндокринные изменения, что еще более усугубляло клиническую картину [91].

У некоторых несовершеннолетних по механизму «самовзвинчивания» в ответ на стрессовую ситуацию усиливалась аффективная неустойчивость, отмечались выраженные колебания настроения. Данные особенности оказывали влияние на реализацию суицидальной активности (из-за напряженных взаимоотношений в семье, проблем в межличностном общении со сверстниками, конфликтов в школьной среде, потери значимого лица и пр.), которая вначале могла носить демонстративно-шантажный характер. Суицидальные действия несовершеннолетними предпринимались после многократных намеков или открытых угроз, в том числе в присутствии близких. Способ суицида, в отличие от суицидальных попыток взрослых психопатических личностей [92], подростками избирался опасный и заведомо летальный, что может объясняться личностной незрелостью суицидентов с пониженным порогом чувства страха и как результат приобретения «патологической адаптации» в силу неоднократных предыдущих суицидальных попыток.

Формирующееся эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3) считается одним из наиболее суицидоопасных среди всех форм личностных расстройств [58, 60]. У несовершеннолетних суицидентов данный тип личностной патологии отмечается в трети случаев от числа лиц с расстройством личности, по данным исследования Е.Ю. Шкитырь [84]. Патохарактерологические особенности подростков характеризуются неустойчивой самооценкой, эмоциональной лабильностью, импульсивностью, агрессивностью в отношении окружающих, самоповреждающим и рискованным поведением, наряду с расторможенностью сферы влечений и неспособностью контролировать эмоциональность и регулировать поведение. В большинстве случаев самоубийства у подростков носят импульсивный характер. Реализация суицидального акта происходит сиюминутно либо в течение ближайших часов после острой конфликтной ситуации на фоне чувства обиды, злости, раздражения. При этом чем более ярким является эмоциональный аффект, тем короче пресуицидальный период [84].

Формирующееся шизоидное расстройство личности среди несовершеннолетних с суицидальным поведением встречается не столь часто. Вместе с тем, у взрослых суицидентов с шизоидной личностной патологией риск суицида составляет до 10% от общего числа лиц с данным расстройством. По мнению суицидологов [60], личностные черты у таких индивидуумов с высокой сензитивностью, интровертированностью, ригидностью мышления, отчужденностью от реальности, способствующими их почти постоянной социальной дезадаптацией, в результате стрессовых ситуаций приводят к ломке жизненных стереотипов и, в конечном

итоге, к суицидальному поведению. При этом суицид у них в большинстве своем носит завершённый характер.

У подростков и юношей с формирующейся шизоидной личностной патологией мотивация суицида внешне не связана с каким-либо психотравмирующим событием. В силу своей повышенной интровертированности такие подростки длительно и тщательно планировали суицидальные действия, однако открыто не высказывали своих суицидальных намерений [84].

2.1.4. Расстройства адаптации и влияние средовых факторов

При анализе психических заболеваний у несовершеннолетних суицидентов обращает на себя внимание высокий процент психогенных психических расстройств. Причинами их возникновения являются как возможные психотравмирующие ситуативные обстоятельства, которые могут оказаться значимыми для подростка, так и вероятность его специфического субъективного реагирования с учетом характерных для него индивидуальных особенностей. Считается, что риск суицида при стрессовых расстройствах в три раза выше, чем в общей популяции. К факторам, провоцирующим суицидальное поведение, относится сочетание ситуационных, личностных и клинических характеристик. При этом ситуационные факторы являются основными, потенцирующими суицид.

В преморбиде у подростков с расстройством адаптации, как правило, отмечается низкая устойчивость к фрустрации, ранимость, повышенная сензитивность, впечатлительность, тревожность, социальная отчужденность.

Известно, что роль стресса в процессе суицидогенеза является существенной. Несовершеннолетние с расстройством адаптации нередко за несколько месяцев до совершения суицида переживали стрессовую реакцию, часто в виде утраты эмоционально значимого человека либо вынужденного расставания с ним. Другим существенным фактором являлся школьный буллинг, как правило, притеснение новичков, перешедших из других школ, лиц иной национальности, а также тех, кто вступил в конфликт со сверстниками.

Немаловажную роль в формировании расстройства адаптации у детей и подростков играли конфликтные отношения в семье. В пресуицидальный период окружающие замечали появление у подростков тревожности и беспокойства, подавленного настроения либо аффективных колебаний, снижение успеваемости и нарушения сна. Более трети несовершеннолетних с расстройством адаптации ранее неоднократно предпринимали суицидальные попытки.

По данным исследования Е.Ю. Шкитырь [84], у лиц препубертатного периода и младшего подросткового возраста симптоматика расстройства

характеризовалась стертойстью аффективного компонента, повышенной тревожностью, фобическими проявлениями с выходом на первый план поведенческих девиаций в виде протестных реакций, негативизма, оппозиции. Суицидальные действия предварительно ими не обдумывались и возникали импульсивно в результате стрессовых событий по механизму «короткого замыкания» [91].

При более продолжительном пресуицидальном периоде аутоагрессивные высказывания несовершеннолетних носили характер как отчаяния, так и воздействия на окружающих с целью обратить внимание, манипулятивного «призыва». Сам суицидальный акт совершался при субъективном понимании невозможности повлиять на ситуацию, недовольстве собой и значимым окружением, повышенном чувстве обиды, в основе которого лежало стремление к наказанию, отмщению обидчику наряду с недостаточным пониманием необратимости ухода из жизни [88, 84].

2.1.5. Расстройства шизофренического спектра в генезе суицидального поведения

Частота суицидальных действий при эндогенных психических расстройствах варьируется от 6 до 70%. Особенно суицидоопасным считается юношеский дебют шизофрении, в данный период заболевания количество суицидальных попыток у психически больных лиц многократно возрастает. Согласно исследованиям О.П. Ворсиной [93], несовершеннолетние, проходившие лечение в психиатрических стационарах, имеют более высокий суицидальный риск. Особо уязвимыми являются мальчики, для которых также характерна семейная психопатологическая отягощенность (до 50% случаев) и частота злоупотребления ПАВ (свыше 33%).

По данным посмертной КСППЭ несовершеннолетних с суицидальным поведением, расстройства шизофренического спектра отмечались в 11,5% случаев. Психическое развитие практически у половины несовершеннолетних протекало асинхронно с опережением интеллектуального развития. В период манифестации эндогенного расстройства клиническая картина характеризовалась широким спектром симптоматики: неврозоподобная, грубая психопатоподобная, параноидные включения, галлюцинаторно-параноидный синдром, специфические для данного возрастного периода сверхценные образования, явления деперсонализации и дереализации.

Психопатологическая мотивация суицида у лиц с шизофренией и совершение ими самоубийства под воздействием психотической симптоматики отмечается многими исследователями, которые указывают, что больные часто диссимилируют склонность к суицидальному поведению [94, 95, 69].

У несовершеннолетних с ведущей психотической симптоматикой не прослеживается предварительного планирования и проработки суицида, также эти подростки не оставляли предсмертных записок, что может свидетельствовать об импульсивности их действий.

В ряде случаев у подростков с расстройством шизофренического спектра суицидальная тематика занимала основное место в психопатологической картине. Они постоянно размышляли о сути жизни, ее бессмысленности, проявляли повышенный интерес к предметам оккультизма, некромантики, способам ухода из жизни, рационализировали суицидальный акт. При этом внешне в кругу семьи и в школьном окружении подростки выглядели достаточно адаптированными, что может свидетельствовать об их склонности к диссимуляции своих переживаний и сокрытию от окружающих. Суицидальная активность таких подростков часто обусловлена психопатологической симптоматикой при отсутствии внешних триггеров либо незначительном конфликте, не соответствующем по силе и значимости аутоагрессивному поведению.

2.1.6. Органическая психическая патология у подростков с суицидальным поведением

По мнению большинства суицидологов, как отмечает Б.С. Положий с соавторами (2019), органические психические расстройства не отличаются особой суицидальной опасностью.

В исследовании Е.Ю. Шкитыр [84] органическое психическое расстройство было квалифицировано у 15,4% несовершеннолетних с суицидальным поведением. Выявленная у несовершеннолетних частота ранних экзогенно-органических факторов (патология беременности и родов, постнатальная энцефалопатия и пр.) отражалась не только на девиациях их психического развития, но также являлась основой для формирования резидуальной органической патологии и клинической почвой в генезе психической патологии в течение жизни несовершеннолетних либо в период, непосредственно предшествующий самоубийству.

В подростковом периоде у несовершеннолетних усугублялись когнитивные нарушения и эмоционально-волевые расстройства с эмоциональной лабильностью, аутохтонными колебаниями, эксплозивностью, импульсивностью. Психоорганические проявления обуславливали низкую школьную успеваемость, конфликты со сверстниками и учителями. Поведенческие нарушения усугублялись слабоочерченными дисфорическими состояниями. На фоне аффективных колебаний у несовершеннолетних нередко отмечались аутоагрессивные тенденции с повторными суицидальными попытками. Подростки высказывали угрозы суицида, наносили самопорезы, совершали повторные акты самоудушения. У большинства суицидентов имелись внутрисемейные проблемы с

конфликтными отношениями как между подростком и родителями, так и между самими родителями. Претензии родителей к несовершеннолетнему были часто связаны с проблемами в учебе и его поведением. Более трети подростков имели трудности в общении со сверстниками, аффективные нарушения у подростков старшей возрастной группы с органической патологией усугублялись также сложностями в романтических отношениях с противоположным полом.

При декомпенсации органической патологии с проявлением дисфорической реакции с тоскливо-злым аффектом и демонстративностью суицидальный акт у несовершеннолетних носил импульсивный характер с мгновенной реализацией суицидального намерения.

Таким образом, при органических психических расстройствах существенную роль в аутоагрессивных действиях несовершеннолетних играла выраженная эмоциональная неустойчивость с импульсивностью и недостаточным контролем своих поступков на высоте аффекта.

2.2. Злоупотребление психоактивными веществами, алкогольная и наркотическая зависимость как факторы суицидального риска в подростковом и юношеском возрастах

Т.В. Агibalова, О.В. Рычкова

2.2.1. Эпидемиологические исследования употребления ПАВ как фактора риска суицидального поведения

Связь между употреблением алкоголя и самоубийством психиатры замечали, начиная с работ периода Э. Крепелина, и случаи такого рода многократно фиксировались клиницистами на протяжении десятилетий. Однако более убедительные данные о такой связи были получены начиная с 1960-х годов, вследствие проведения широкомасштабных эпидемиологических исследований; в дальнейшем подобные наблюдения продолжали накапливаться вплоть до настоящего времени, в том числе путем расширения географии исследований. Важно, что общая для лиц разного возраста связь между употреблением алкоголя и суицидальностью была подтверждена и применительно к юношескому возрасту, а кроме того, клинические наблюдения, сделанные как в общемедицинской сети, так и в службах охраны психического здоровья, свидетельствуют о существенной связи суицидальности в этом возрасте с употреблением алкоголя и иных психоактивных веществ (ПАВ).

Дополнительный импульс для исследований в этом направлении придали публикации данных из США о том, что за период с 1960-х до 2000-х годов произошел более чем трехкратный рост числа завершенных суицидов среди юношей в возрасте от 15 до 19 лет. Поскольку за указанный период уровень самоубийств у подростков 10—14 лет, а также у девушек в возрасте 15—19 лет практически не изменился и одновременно установлен стремительный рост злоупотребления ПАВ среди молодежи, особенно у юношей, фактор употребления ПАВ был определен как один из ответственных за рост суицидального поведения среди мальчиков-подростков [96].

В течение периода 1990—2000-х гг. исследования взаимосвязей между разными проявлениями суицидального поведения и употреблением ПАВ проводились на систематической основе. Часто использовались сведения, полученные из общемедицинской сети, из отделений неотложной помощи. Удалось установить, что значительная часть тех, кто умирает в результате самоубийства, находятся на момент смерти в состоянии алкогольного опьянения. По оценкам Управления служб по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами и психического здоровьем (Substance Abuse and Mental Health Services Administration — SAMHSA), проводящего и

публикующего ежегодные данные национального мониторинга и изучения данной проблемы в США, цифры несколько разнятся год от года, но остаются весьма высокими. В некоторых публикациях указано, что среди лиц, умерших в результате самоубийства, число тех, в чьей крови присутствовал алкоголь, достигает и даже превышает 60% (Substance Use and the Risks of Suicide Among Youths. RTI International, SAMHSA 2002). По мере накопления данных лабораторных исследований post-mortem, продемонстрировано, что лица подросткового и юношеского возраста, употребляющие запрещенные наркотики, также подвержены более высокому риску самоубийства, особенно те, кто начал употреблять ПАВ в относительно раннем возрасте; некоторым исключением из общей закономерности исследователи называли марихуану (там же).

В последующие годы планы широкомасштабных исследований усложнились, и постепенно возникла традиция анализа нескольких эмпирических моделей, отражающих связь суицидального поведения и употребления ПАВ [97].

Первая модель, уже ставшая традиционной, изучает употребление ПАВ подростками, погибшими вследствие самоубийства. В систематических обзорах данных post-mortem обследований установлено, что у совершивших самоубийство подростков уровень злоупотребления алкоголем был в восемь раз выше, чем в контрольной группе сверстников, признаки систематического злоупотребления наркотиками — в девять раз выше, а суммарное число эпизодически обращавшихся к различным наркотическим веществам составляло от 13 до 25% [97]. Исследователи опирались на данные лабораторной диагностики либо на полученные от родственников погибших анамнестические сведения.

Вторая модель эмпирических исследований отражает проблему употребления ПАВ подростками, предпринявшими одну или несколько суицидальных попыток, но оставшимися в живых. В отношении указанной большой группы лиц получено множество данных, свидетельствующих о распространенности среди них обращения к ПАВ, в том числе на систематической основе. Но суммировать результаты не просто, и это связано как с разными типами используемых веществ: алкоголем, наркотиками, медицинскими препаратами, так и со степенью тяжести потребления, варьирующейся в диапазоне от первых проб до систематического злоупотребления, с клиническими признаками сформировавшегося расстройства зависимости. Результаты исследований, проведенных в службах неотложной помощи, свидетельствуют, что уровень связанных с употреблением алкоголя и запрещенных ПАВ расстройств среди подростков, пытавшихся совершить самоубийство, достигал 35 и 27% соответственно, а суммарный риск суицидальных попыток при употреблении ПАВ возрастает в 3—4 раза для лиц подросткового возраста [97].

И, наконец, третья исследовательская модель отражает данные, полученные от подростков и лиц юношеского возраста, которые злоупотребляют разными ПАВ и в период проведения оценки находятся в тех или иных программах помощи в связи с расстройствами зависимости. Результаты скрининга и клинического интервью свидетельствуют, что среди проходящих лечение от сформированной зависимости от ПАВ подростков многие сообщают о предпринятых ранее суицидальных попытках (в том числе не зафиксированных в лечебных учреждениях и поэтому не попадавших в поле зрения специалистов). Несмотря на некоторые различия в данных исследований, общее число таких попыток значительно, варьируется от 28% у мальчиков до 60% у девочек [97]. Авторы обзора выражают уверенность в том, что связь между суицидальным поведением и употреблением разных ПАВ столь сильна, что строить программы помощи для лиц подросткового возраста с расстройствами зависимости необходимо непременно с учетом имеющегося у них высокого суицидального риска.

Все три указанные модели нацелены на изучение непосредственной, прямой связи между суицидальным риском и употреблением ПАВ. В настоящий момент можно встретить планы эмпирических исследований, построенных на основании указанных моделей, но скорее в публикациях авторов из развивающихся стран. В широкомасштабных, в том числе мультицентровых исследованиях взаимосвязи употребления ПАВ и суицидальности исследуются в рамках более сложных моделей. Так, собственно суицидальное поведение рассматривается как вариант девиантного поведения, наряду со многими иными, включая употребление ПАВ, как аутодеструктивное поведение в сопоставлении с самоповреждающим поведением или как одно из значимых нарушений в контексте общего психического неблагополучия подростков. При подобной организации исследований предметом становятся более широкие кластеры симптомов дезадаптации, аффективного неблагополучия, личностной патологии, а суицидальное поведение и обращение к ПАВ выступают лишь как отдельные проявления комплекса нарушений.

Принципиально важно, что в сложно организованных исследованиях, построенных на основе многофакторных моделей, связь между суицидальным поведением и употреблением ПАВ находит свое подтверждение. Так, установлено, что девочки-подростки в три раза чаще, а мальчики-подростки в семнадцать раз чаще пытаются совершить попытку самоубийства под воздействием алкоголя [98]. Иные формы девиантного поведения, такие как криминальное, агрессивное, также часто сопровождаются активным использованием ПАВ — в рамках модели *self-medication* или дисфункционального копинга, и все эти проявления сопряжены с повышением риска суицидального поведения [99, 100].

Предпринимались попытки вычленить из многих факторов влияния употребление ПАВ как вариант рискованного поведения и оценить его вклад в повышение вероятности суицида. Установлено, что употребление запрещенных наркотиков максимально увеличивает риск суицида у подростков в сравнении с алкоголем или табаком [101]. В недавнем строго тематически очерченном и основанном на обширном эмпирическом материале исследовании [102] подтверждено, что любые ПАВ повышают риск суицидального поведения, но максимально выражено это влияние в случаях употребления запрещенных наркотических веществ. Авторы предлагают собственную интерпретацию полученных данных, исходя из представления о суициде как результирующей желаний человека умереть и возможности это сделать, при том что последнее предполагает снижение страха смерти и высокую переносимость, нечувствительность к боли. Именно такое сочетание они видят при наличии у человека опыта употребления наркотиков. Наркотизация предполагает снижение чувствительности к боли и страху смерти и потому тесно связана с непосредственной угрозой для жизни человека из-за высокой вероятности потенциально смертельных прямых и косвенных последствий (например, смерти от передозировки, гибели в автомобильной аварии или др.). Таким образом, у потребляющего ПАВ подростка постепенно происходит привыкание к факту возможной смерти, что само по себе увеличивает склонность к суицидальному поведению. А при возникновении любого субъективно неприятного или тяжелого состояния ситуативное желание умереть растет и еще больше повышает риски суицида. Авторы признают, что только снижения страха перед болью и смертью недостаточно для объяснения повышения риска суицида, так как аналогичные эффекты возникают и в других случаях, например, у лиц, обращающихся к опасным видам спорта. Поэтому они включают в объяснительную модель фактор измененной аффективной реактивности. Последнее есть прямое следствие наркотизации, чреватой резкими колебаниями аффекта как вследствие приема вещества, так и вследствие появления симптомов депрессии в абстинентном периоде.

Изучались в ряде работ и данные о влиянии на суицидальное поведение употребления отдельных ПАВ подростками. Было установлено, что как алкоголь, так и каннабис, и даже курение сигарет, независимо друг от друга повышают риск попытки самоубийства [103, 104, 105]. Эмпирические данные, полученные в США, позволяют определить как наиболее причастных к суициду опиаты, в меньшей степени иные наркотики: марихуану, кокаин и амфетамины [106]. В последние годы в США отмечен существенный рост смертности от передозировки среди подростков из-за увеличения употребления фентанила [107]; в числе подобных смертей всегда есть некоторое количество являющихся последствием истинного суицида.

Получены и отражены в отдельных публикациях данные суицидального поведения среди подростков, употребляющих галлюциногены [108]. Хотя общее число использующих такие вещества подростков невелико, установлено, что они редко ограничиваются данным видом наркотических веществ, часто параллельно употребляют алкоголь, курят обычные и электронные сигареты, используют марихуану и синтетические каннабиноиды, опиаты и различные стимуляторы. Авторы исследования указывают частые переживания грусти, безнадежности, субдепрессии у подростков, признающих употребление галлюциногенов, что связывают с возникновением мыслей и планов в отношении самоубийства. Заметим, что указание на сочетанный прием разных ПАВ не позволяет точно говорить о вкладе галлюциногенов в риск суицидального поведения и данные, скорее, свидетельствуют о высоком риске у потребителей множества ПАВ. Но поскольку в настоящее время параллельное использование разных ПАВ наблюдается часто, можно утверждать, что подростки, употребляющие их в таком режиме, подвергаются еще более высокому риску суицида [109]. В другом крупном репрезентативном европейском исследовании доказано, что каждое дополнительное вещество, об употреблении которого сообщил подросток, удваивало его шансы на попытку самоубийства [110].

В настоящее время данные о взаимовлиянии употребления ПАВ и суицидального поведения обогащаются благодаря публикациям исследователей из многих стран. Проведены исследования на китайских подростках, результаты которых интересны вследствие иного культурного контекста и иной общенациональной стратегии в отношении оборота наркотиков и злоупотребления ими [111, 112]. Показано, что среди китайских подростков распространены из числа ПАВ употребление алкоголя и курение, и с суицидальными мыслями и попытками самоубийства связано именно употребление алкоголя, хотя среди девочек имел значение прием рецептурных обезболивающих. Оценить вклад иных веществ не удалось, но сам фактор влияния ПАВ на суицидальное поведение сохраняется.

Таким образом, данные многочисленных исследований указывают, что, хотя суицидальное поведение предопределяется сочетанным воздействием многих факторов, употребление ПАВ можно считать одним из наиболее значимых влияний, существенно повышающим риск, требующим отдельных способов его нивелирования.

2.2.2. Взаимосвязь симптомов психических расстройств, употребления ПАВ и риска суицида в подростковом возрасте

Исследователями многих стран на выборках разного возраста, социальноэкономического статуса, культурных традиций неоднократно демон-

стрировались взаимосвязи аффективных расстройств, состояний тревоги, депрессии, связанных с ними переживаний безнадежности — и риска суицида. Результаты метаобзоров [113] свидетельствуют, что негативные эмоциональные состояния являются наиболее значимыми предикторами суицидального поведения, но особое значение имеет детерминанта в виде имеющегося у обследуемых депрессивного расстройства (данный результат находит подтверждение на выборках разного возраста, в том числе подросткового и юношеского). В последние годы описаны конкретные механизмы, объясняющие данную связь, в их числе как психологические, так и психофизиологические, основанные на моделях диатеза к стрессу, генетического риска, причастности нейромедиаторных систем. Связанные с аффективными расстройствами, симптомами эмоционального неблагополучия предикторы суицидальных мыслей и последующих попыток прочно утвердили свое значение ключевой мишени для любой профилактической или психотерапевтической программы.

Если обратиться к широко известным эпидемиологическим данным, то уровень коморбидности депрессии и злоупотребления ПАВ (в основном алкоголем) давно определяется как один из наиболее высоких среди иных комбинаций диагнозов у лиц подросткового возраста [114]. Проблемное употребление алкоголя может либо способствовать подростковой депрессии, либо быть ее проявлением, следствием (в соответствии с гипотезой *self-medication*). Для последнего случая суицидальное поведение в варианте как намерения, так и действия также станет следствием депрессии в случае невозможности купировать депрессивный аффект (в вариантах тоски, подавленности, душевной боли) алкоголем. Возможна и иная логика развития состояния: злоупотребление ПАВ предшествует развитию депрессии. Заметим, что часто причинно-следственная связь между депрессией и злоупотреблением ПАВ с трудом поддается расшифровке, но их сочетание определяется устойчиво.

По данным литературы, часто встречающимися у подростков с попытками самоубийства являются такие психические расстройства, как тревожные состояния, расстройства пищевого поведения, определенные личностные черты, особенно импульсивность [115, 116]. В эпидемиологических исследованиях сегодняшнего дня принято использовать одновременный учет широкого круга факторов влияния и путем иерархической множественной регрессии оценивать те, которые влияют на возникновение разных форм суицидального поведения. Такой подход дает возможность оценить как внешние, связанные с межличностным контекстом и взаимодействием влияния, так и внутриличностные, связанные с собственным поведением субъекта [117]. В результате, не отрицая роли внешних влияний, особенно микросоциального окружения, авторы подтверждают значимую роль таких внутриличностных факторов,

как депрессивные симптомы, деструктивное поведение, зависимость от интернет-игр и нарушения сна. Последние в настоящее время изучаются и отслеживаются как фактор суицида все чаще, и ученые разных стран полагают его значение недооцененным. Так, не только было доказано существенное возрастание числа суицидальных мыслей у лиц с расстройствами сна разного возраста [118], но нарушения сна нередки у молодых людей с повышенным риском суицидального поведения. Исследование проводилось путем изучения лиц, обращающихся в отделения неотложной помощи [119]. Авторы последней работы обозначают расстройства сна у лиц юношеского возраста как недооцененный суицидальный фактор и предлагают учитывать его при оценке психического состояния. Отметим, что есть основания полагать расстройства сна следствием иных нарушений, в том числе — употребления ПАВ, особенно стимулирующего действия.

Еще одним значимым внутриличностным фактором влияния, выявленным в последние годы, стали проявления различных нехимических зависимостей. Так, для широкого круга лиц было доказана значимая роль гемблинга в генезе суицидального поведения [120]. В отношении подростков имеются свидетельства того, что предиктором суицидального поведения может стать чрезмерное увлечение видеоиграми, но в этом случае доказана опосредующая роль эмоциональной дисрегуляции [121].

Чрезмерно широкое использование социальных сетей также может увеличивать риск самоубийства у современных подростков [122], хотя не все исследователи согласны с трактовкой подобной связи как прямой, и скорее акцентируют роль буллинга в сети, нежели собственно интенсивности ее использования [123].

В настоящее время планы эмпирических исследований становятся все более изощренными, опираются на серьезный математический аппарат, большие массивы данных, возможности построения и проверки сложных моделей. Подобное недавнее широкомасштабное изучение связанных с подростковой суицидальностью влияний оценивало роль как факторов риска, так и протективных [124]. Подтверждена статистически модель, в качестве главных факторов влияния определяющая уже имеющийся у подростков опыт самоповреждения или суицидальных попыток, параметры, отражающие психическое здоровье подростков (в том числе симптомы депрессии, безнадежности, тревоги, переживаемого одиночества, раздражительности, самообвинения), расстройства сна и пищевого поведения, пессимизм в отношении будущего. Влияние употребления ПАВ, равно как и иных нехимических зависимостей, не нашло своего подтверждения в данном исследовании, что возможно объяснить популяционными особенностями (исследование проведено на репрезентативной выборке подростков Норвегии).

Отметим в завершение, что в числе важных факторов риска самоубийств среди подростков многие авторы называют проблемы гендерной идентичности и ее нарушений. Как трансгендеры, так и подростки из числа иных сексуальных меньшинств испытывают значительно более высокий уровень суицидальных намерений [125]. Впрочем, в отношении данной группы известно и о большей частоте встречаемости иных симптомов психического неблагополучия и употребления ПАВ. Поскольку как частота встречаемости проблем гендерной идентичности у подростков, так и степень изученности данной группы сильно разнятся в зависимости от региона и страны, вопрос о взаимосвязях этих проблем с суицидальным поведением можно определить как недостаточно изученный.

2.2.3. Современные практики употребления ПАВ, академический стресс и риски для психического здоровья

Особой и требующей внимания темой, актуальной в контексте употребления ПАВ студентами высших учебных заведений, а также суицидального риска у лиц данной группы, является высокий уровень требований и академического стресса и их последствия. Ситуация, в которой находятся студенты вузов, характеризуется определенными формами давления социальной среды, в том числе вследствие доминирования культурально одобряемых паттернов перфекционизма, конкурентного поведения [126]. Последнее особо актуально для обучающихся в высокорейтинговых высших учебных заведениях, где специфический, связанный с погоней за высокими академическими достижениями стресс усугубляет действие типичных фоновых стрессоров (связанных с семьей, ближайшим окружением или иными факторами), резко повышая психоэмоциональную нагрузку на лиц юношеского возраста. Это порождает дезадаптирующие поведенческие девиации, личностные аномалии, дебюты серьезных психических заболеваний в юношеский период. Кроме того, в поисках путей совладания с переживаемым стрессом и для достижения более высоких академических результатов лица юношеского возраста, студенты, нередко прибегают к различным средствам, включая ПАВ. Фактически речь идет об особой мотивации потребления ПАВ, которое не носит характера рекреационного (хотя и может с ним сочетаться), но имеет целью повышение продуктивности собственной интеллектуальной деятельности, когнитивных процессов или улучшение когнитивных функций.

Идея повысить интеллектуальную (и не только) продуктивность путем использования активирующих веществ не нова, реализовывалась и ранее, ею обусловлена все возрастающая популярность во всем мире кофе, напитков с энергетизирующим эффектом. Но наряду с этими, относительно безобидными, в последние годы отмечена практика широкого

использования различных стимулирующих веществ, имеющая отчетливые негативные последствия. Так, частым стало обращение желающих повысить умственную продуктивность психически здоровых лиц молодого возраста к легальным медицинским препаратам, используемым не по назначению врача, именно для улучшения академических показателей; такая практика отражена в концепте «фармакологическое улучшение когнитивных способностей» (*pharmacological cognitive enhancement*), трактуемом как «увеличение продуктивности когнитивных функций, например памяти, внимания, креативности и интеллекта, путем применения рецептурных препаратов здоровыми лицами, не имеющими медицинских показаний для назначения подобных лекарств» [127].

Первые публикации о данной практике появились на рубеже XXI века [128] и относились в том числе к немедицинскому использованию ряда препаратов (таким как Ritalin или Adderall), разрешенных в США, но запрещенных в других странах вследствие выраженного стимулирующего эффекта, высокого риска формирования зависимости и химического состава — содержания солей амфетаминов или иных стимуляторов. В настоящее время число аналогичных препаратов, как легальных, так и нелегальных, постоянно растет, чаще это психостимуляторы группы амфетаминов/метамфетаминов, хотя появляются и иные.

На сегодняшний день накоплен большой эмпирический материал, позволяющий считать указанное «академическое» потребление «обычным явлением» среди студентов американских вузов [129, 130], и число использующих лекарства студентов оценивается в широком диапазоне: от нескольких процентов до трети [131]. Исследования, проведенные в США, показали, что из обучающихся в магистратуре треть признали использование как легальных, так и нелегальных стимуляторов с целью достижения более высоких академических показателей, и более распространена такая практика «академического допинга» среди студентов-мужчин европеоидной расы, из семей с более высоким уровнем образования и социального статуса, обучающихся в вузах высокого рейтинга [132].

Широкое масштабное изучение проблемы свидетельствует о начале использования препаратов для улучшения академической успешности еще в школьный период и о высокой сопряженности такого потребления с приемом ПАВ в рекреационных целях [133]. Авторитетный журнал *Science* в 2015 году определил в качестве основных покупателей лекарств для достижения эффектов указанного типа «молодых, привилегированных студентов колледжей, которые ищут конкурентных преимуществ» [134]. Данные последних лет производят удручающее впечатление, демонстрируя, что в США практика приема лекарств для целей академической успешности наблюдается у почти 60% студентов вузов, при том,

что до 80% получающих официально рецепты на такие препараты лиц передают эти рецепты (или лекарства) другим желающим [135].

Интерес к проблеме существует и в других странах. Проведены исследования в Канаде, Германии, Италии, Нидерландах, Швейцарии, Австралии, Франции, Польше [131]; есть и сравнительные исследования потребления в разных популяциях. Исследование, проведенное в 15 странах с общим числом участников более 100 тысяч человек, показало, что количество лиц, использующих препараты со стимулирующим действием, в том числе для поддержания или повышения умственной работоспособности, растет в последние годы во всех возрастных категориях [136]. Стабильно высокими показатели остаются в США и Канаде, постепенно увеличиваются в странах Европы. Преимущественно речь идет о немедицинском использовании рецептурных, разрешенных препаратов, и при сохранении данной общей тенденции различия касаются, скорее, собственно используемых веществ: в европейских странах потребители предпочитают метилфенидат, в Великобритании и Австралии — модафинил, в США популярным остается аддералл. Удалось выявить группы особого риска. Так, полученные данные позволяют уверенно определить студентов медицинских вузов или факультетов как наиболее часто использующих лекарства и иных ПАВ; для будущих врачей и фармацевтов характерны терпимое или одобрительное отношение к подобной практике, полипрагмазия.

Высокие риски подобной практики выражаются в целом ряде фактов. Для стимулирующих препаратов описаны обширные последствия регулярного приема, включающие множество вегетативных симптомов: нарушения сердечного ритма, артериальная гипертензия, гипертермия, головная боль, раздражительность, тошнота и рвота, диарея. При длительном приеме в значительной части случаев возникают нарушения психического состояния в виде раздражительности, взвинченности, нервозности, заметных перепадов настроения, инсомнии, депрессии, интоксикационных психозов. Особо опасны такие препараты для лиц, уже имеющих перечисленные проблемы, например страдающих вегетативными дисфункциями, эмоциональными расстройствами, иными психическими заболеваниями. Следующий значимый аспект: все стимулирующие препараты вызывают привыкание, а для достижения стабильного желаемого эффекта требуют повышения дозы (то есть имеет место рост толерантности), что обуславливает высокую вероятность перехода к иным, уже наркотическим веществам; специалисты характеризуют используемые лекарственные стимуляторы как чрезвычайно высокорисковые в плане формирования зависимости [137]. Доказана причастность рецептурных стимуляторов к экспоненциальному росту числа связанных с употреблением любых стимуляторов передозировок, обращений

за неотложной помощью и самоубийств в ведущих университетах ряда стран [138]; рисккратно возрастает, если учесть нередкие факты использования студентами нескольких ПАВ.

Метаобзоры оценки влияния рецептурных стимуляторов на академическую результативность свидетельствуют, что они могут действовать на такие параметры, как переключаемость внимания, скорость обработки информации, иногда повышать способность к ее усвоению [129], но результат трудно отделить от эффекта плацебо и роста уверенности студента в своей эффективности после приема препарата. При этом в долгосрочной перспективе использование стимулирующих препаратов вызывает расстройства сна, астению, с последующим снижением продуктивности мыслительной деятельности. Имеет значение то обстоятельство, что к подобным лекарствам чаще обращаются студенты, испытывающие трудности в учебе и проблемы с алкоголем и приемом каннабиноидов в рекреационных целях [139]. Это свидетельствует о формировании у определенной группы студентов особой стратегии изменения с помощью разных ПАВ своего психического состояния в нужную в данный момент сторону; подобная стратегия закрепляет, хронифицирует проблемное потребление ПАВ, резко увеличивает риски побочных и неожиданных эффектов препаратов (при их сочетании). Указанная группа потребителей имеет повышенный риск формирования зависимости от стимуляторов, с переходом на наркотические вещества, с соответствующим ростом числа интоксикационных психозов, аффективных расстройств и, для части случаев, импульсивных суицидальных действий.

2.2.4. Риски медикализации сферы психического здоровья и употребление ПАВ

Анализ современного состояния практики использования ПАВ лицами молодого возраста представляет большую сложность из-за присутствия целого ряда важных и динамичных факторов. Так, резко растет число ПАВ и их прекурсоров, сложность представляет оценка как актуального аддиктивного потенциала таких веществ, так и отдаленных последствий их использования. Вследствие общего пессимизма в отношении возможности контролировать рынок распространения наркотиков нарастают тенденции к декриминализации (то есть отмене уголовных санкций за употребление наркотиков в личных целях и мелкие правонарушения, связанные с наркотиками) и легализации ряда веществ. В отношении помощи лицам с уже сформировавшейся зависимостью также отмечены кризисные явления: отсутствие программ с гарантированно высоким результатом, отвечающих принципам доказательной медицинской практики; установленные недостатки программ заместительной терапии и «снижения вреда», не дающих эффектов в виде ресоциализации

и реадaptации; новые и опасные варианты потребления ПАВ (лицами пожилого возраста, полинаркомания и другие).

На этом фоне одним из значимых аспектов проблемы представляется «размывание» границ между запрещенными, наказуемыми вариантами потребления ПАВ и допустимыми, легальными. Так, практика приема разрешенных медицинских препаратов (стимулирующего или седативного действия, антидепрессантов) без назначений врача, о которой сказано выше, не только опасна непредсказуемыми последствиями, но и ведет к «нормализации» потребления ПАВ, когда использование таких лекарств, а также так называемых «легких» наркотиков, становится широко распространенным и как будто приемлемым. Помимо приема студентами вузов препаратов для повышения академических достижений [135, 138], возрастает число лиц, использующих ПАВ для улучшения самочувствия, преодоления астении, решения задач саморегуляции не только физиологического, но и эмоционального состояния, для купирования симптомов тревожных или депрессивных расстройств [140, 141, 142]. И, поскольку этот процесс идет параллельно со снижением обращаемости за психолого-психиатрической профессиональной помощью [143], очевидно, что маркетинговые усилия фармакологических компаний по медикализации сферы психического здоровья дают свои плоды [144]. Использование медикаментозных средств вместо собственных усилий дает эффект быстрого совладания с симптомами эмоционального неблагополучия; но в перспективе данная стратегия представляется проигрышной.

Что касается легализации ряда ПАВ, ранее считавшихся наркотическими и запрещенными, то в этой области есть опасные по последствиям тенденции. Начиная с 2018 г. эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) проводили критический анализ практики использования каннабиса в разных странах и пришли к выводу, что эти вещества могут оказывать терапевтическое воздействие. По рекомендации ВОЗ Комиссия по наркотическим средствам в 2020 г. исключила каннабис в разных его формах из списка наркотических веществ, и это позволило государствам-участникам выращивать и использовать каннабис в медицинских и в рекреационных целях. Были сформулированы условия и обозначены некоторые меры сдерживания, но присутствовал и общий оптимизм в аспекте последствий данного решения. Основанием такой оценки стали отдельные публикации, получившие широкую известность [145], в которых утверждалось, что допущение медицинского использования каннабиса предопределяет снижение уровня смертности от передозировки опиоидами и иных неблагоприятных последствий.

На сегодняшний день число государств, разрешающих медицинское или рекреационное использование каннабиса, растет, несмотря на то что

недавние исследования уже далеки от оптимистичных прогнозов. Даже если отбросить аргумент о недостаточности контроля медицинского или рекреационного разрешенного использования каннабиса в некоторых странах или регионах, получены эмпирические данные, ставящие под сомнение целесообразность собственно разрешенного использования. Так, в недавно опубликованном исследовании [146] на обширном материале доказано, что легализация медицинского каннабиса и его продажа через розничные аптеки связаны с более высоким уровнем смертности от опиоидов (а не ее снижением, как предполагалось ранее). То есть при увеличении временного интервала от момента разрешенного использования каннабиса негативные последствия накапливаются, и это особенно заметно на фоне настоящей эпидемии синтетических опиатов (фентанила и его аналогов), которая наблюдается в США и других странах. Как оказалось, потребители легальной марихуаны легко переходят на опиоиды, а наркодилеры, лишившиеся прибылей после ее легализации, обеспечивают такой переход. Еще более значимыми являются свидетельства того, что легализация марихуаны в медицинских и рекреационных целях связана с более высоким уровнем самоубийств среди молодежи. Так, анализ обширных данных за последние 10 лет позволил исследователям доказать, что для подростков в возрасте от 12 до 25 лет, проживающих в тех штатах США, где разрешено медицинское и рекреационное использование каннабиса, отмечен рост смертности, связанной с самоубийствами, особенно для подростков 14—16 лет [147]. Авторы установили более 5000 «дополнительных» смертей от суицидальных действий подростков, и призывают более тщательно оценивать «потенциальные последствия для общественного здравоохранения, связанные с изменением политики в отношении каннабиса» (там же). В свете растущего числа сторонников легализации и медицинского использования не только каннабиса, но и иных наркотиков, данный призыв представляется весьма актуальным.

2.3. Несуицидальное самоповреждающее поведение как фактор суицидального риска в подростковом возрасте

Н.А. Польская, Д.К. Якубовская, А.Я. Басова

К серьезным факторам риска подростковых суицидов относится не-суицидальное самоповреждающее поведение, объединяющее действия, целью которых является намеренное причинение физического вреда своему телу без суицидальной направленности.

Самоповреждения среди подростков широко распространены в разных странах мира [148, 149], включая Российскую Федерацию [150, 151]. Связь между несуицидальным самоповреждающим и суицидальным поведением отмечается как в клинической, так и в неклинической подростковых выборках [152, 153, 11]. Обнаружено, что частота самоубийств английских подростков в течение 12 месяцев после самоповреждения более чем в 30 раз превысила ожидаемый уровень в детско-подростковой популяции (возраст 10—18 лет) [154].

Суицидальное и несуицидальное самоповреждающее поведение нередко наблюдаются одновременно [153]. Лица с самоповреждающим поведением сообщают о суицидальных мыслях, намерениях и суицидальных попытках [151, 155, 148]. Частота несуицидальных самоповреждений, количество использованных способов самоповреждения, а также чувство безнадежности выступают сильными предикторами суицидального поведения [156].

Цель данного раздела — на материале теоретических и эмпирических исследований рассмотреть возможные психологические механизмы, объясняющие связи между несуицидальным самоповреждающим и суицидальным поведением; описать типы и характер этих связей в разных популяциях; обсудить способы предотвращения суицидов, основывающиеся на профилактике и лечении самоповреждающего поведения.

2.3.1. Типология, феноменология и функции самоповреждающего поведения

Терминологические различия в определении самоповреждающего поведения. Подробное обсуждение терминологии мы проводили ранее [150, 157]. В данном случае остановимся на терминах, используемых в современных исследованиях.

В последние годы в англоязычных исследованиях чаще всего употребляются следующие термины:

- non-suicidal self-injury — несуицидальное самоповреждение [158, 159, 160];
- self-injurious behavior — самоповреждающее поведение [161];

- self-harm — самоповреждение [162, 163, 164];
- deliberate self-harm — преднамеренное самоповреждение [165].

Наиболее распространенными на сегодняшний день являются термины «преднамеренное самоповреждение», «самоповреждение» и «несуицидальное самоповреждение». Несмотря на то, что иногда эти термины используются как синонимы [148], они различаются с точки зрения мотивации и способов причинения вреда. В случае несуйцидальных самоповреждений речь идет о поверхностных повреждениях кожи без суицидальной направленности. Сторонники термина «преднамеренное самоповреждение» (Кит Хотон и его последователи) исходят из клинической традиции, согласно которой мотивацию самоповреждения невозможно достоверно определить. К преднамеренным самоповреждениям, помимо поверхностных, относят злоупотребление психоактивными веществами, передозировку лекарственными препаратами, проглатывание острых предметов. В последнее время в англоязычных публикациях вместо deliberate self-harm все чаще используют термин self-harm, как более корректный, так как из термина «преднамеренное самоповреждение» оказываются исключенными импульсивные и неконтролируемые самоповреждения.

Некоторые исследователи предлагают собственную, уточняющую терминологию. Например, авторы европейского исследования использовали термин «прямое самоповреждающее поведение» (direct self-injurious behavior), подразумевая умышленное нанесение самоповреждений, включая порезы, ожоги, укусы, удары и повреждение кожи другими способами, независимо от суицидального намерения [148]. Из этого понятия исключен косвенный вред в результате самоотравления, передозировки или проглатывания острых предметов.

В своих исследованиях мы опираемся на понятие «самоповреждающее поведение» как наиболее обобщающее и объединяющее и поверхностные несуйцидальные самоповреждения, и другие формы причинения себе вреда, включая самоотравление, самоудушение, экстремальные практики голодания и т.п. [157, 151].

Феноменология. В недавнем метаанализе приводятся данные, что до 32,4% подростков вовлечены в несуйцидальное самоповреждающее поведение, в то время как среди взрослых число лиц с самоповреждениями значительно меньше — 15,7%. Самыми распространенными способами самоповреждения являются порезы, ожоги и удары, при этом часто используется более одного способа самоповреждения [150].

Ниже приведены результаты некоторых исследований о распространенности несуйцидальных самоповреждений среди подростков (табл. 1).

Таблица 1

**Распространенность несуицидальных самоповреждений
среди подростков в разных странах**

| Страна / тип выборки | N | Возраст | Распространенность самоповреждений | Авторы |
|--|-------|-------------|--|--|
| Российская Федерация / подростки (популяция) | 174 | 13—15 | Как минимум один раз наносили себе порезы и удары 13,8%; выдергивали волосы 12,6%; намеренно обжигали кожу 5,2%; сковыривали болячки 17,2%, расчесывали кожу до крови 11,5% | Польская, 2017 |
| Российская Федерация / подростки (клиническая выборка) | 155 | 12—17 | Самопорезы в области предплечий, плеч, бедер, голеней, реже живота и груди — 141 (91,0%); в 30 случаях (19,4%) самопорезы сочетались с самоубийством и самоприжиганием | Левковская, Шевченко, Данилова и др., 2017 |
| Непал / подростки (популяция) | 730 | 10—19 | 44,8% подростка указали хотя бы на один акт самоповреждения за последний год, из них 52,8% — мальчики. Наиболее распространенные способы — расчесывание ран (27,3%), укусы (20,3%), выдергивание волос (11,8%) и нанесение порезов (11,1%) | Poudel et al., 2022 |
| Иран / подростки (популяция) | 6412 | 14—18 | 6,2% — самоповреждения в течение жизни; 3,6% — за последний год | Marin et al., 2020 |
| Бразилия / подростки (популяция) | 517 | 10—14 | Распространенность несуицидальных самоповреждений среди школьников — 9,48% | Fonseca et al., 2018 |
| 11 европейских стран / подростки (популяция) | 12068 | 14,9 ± 0,89 | Распространенность самоповреждений составила 27,6%; из них у 7,8% — повторяющиеся самоповреждения | Brunner et al., 2014 |
| Китай / подростки (популяция) | 778 | 10—17 | 264 (33,9%) подростков причиняли себе вред, из них более 5 раз за последний год 191 (72,3%) | Huang, et al., 2022 |

Подростки в зависимости от пола выбирают разные способы несуицидальных самоповреждений. Девушки чаще режут, царапают и кусают себя, тогда как юноши наносят себе удары и ожоги [160].

В одном из наших исследований ($N = 664$), выполненном на выборке от 17 лет и старше, были получены ответы в свободной форме о способах причинения себе намеренного физического вреда [151]. Большинство респондентов сообщили о несуицидальных самоповреждениях (порезы, расцарапывание кожи, удары по телу и т.п.). Помимо этого, были указаны формы и способы вреда, которые относятся к преднамеренным самоповреждениям (например, голодание, намеренное переохлаждение), а также к девиантному поведению (рискованные поступки) и культурным практикам (модификации тела). Все указанные способы причинения себе намеренного вреда были классифицированы следующим образом (в скобках — количество ответов):

- 1) несуицидальные самоповреждения — поверхностные, локализованные в конкретной части тела ($n = 609$);
- 2) нарушения пищевого поведения — голодание, вызывание рвоты, переедание до болей ($n = 81$);
- 3) депривация — лишение себя сна, намеренное переохлаждение ($n = 47$);
- 4) употребление психоактивных веществ — алкоголя, наркотических веществ ($n = 43$);
- 5) намеренное отравление лекарственными препаратами ($n = 24$);
- 6) рискованное поведение ($n = 15$);
- 7) модификации тела — татуировки, пирсинг ($n = 6$);
- 8) провокация драк с другими людьми ($n = 2$);
- 9) намеренный отказ от лечения болезни ($n = 2$);
- 10) намеренная травматизация (падение) ($n = 1$).

Нередко эти способы сочетались между собой. Среди самых молодых участников опроса (17—19 лет) преобладали несуицидальные самоповреждения [151].

Функции самоповреждения. Наиболее распространено разделение функций несуицидального самоповреждающего поведения на внутриличностные и социальные/межличностные [157, 159, 166].

Внутриличностные функции предполагают, что самоповреждение совершается с целью регуляции аффекта и прекращения диссоциации [159]. В некоторых случаях самоповреждение, наоборот, позволяет «отключиться» от реальности, войти в диссоциативное состояние [167]. Совладание с диссоциативными симптомами связано с наиболее быстрым переходом от несуицидальных самоповреждений к суицидальному поведению [168].

Также в своих исследованиях мы обнаружили, что многие респонденты использовали самоповреждения, чтобы контролировать свои эмоции или избавиться от эмоционального напряжения [150, 157].

В четырехфакторной модели функций самоповреждающего поведения внутриличностные функции разделяются в зависимости от типа подкрепления самоповреждения: внутриличностное отрицательное подкрепление заключается в избегании нежелательных состояний за счет самоповреждения, а внутриличностное положительное — в создании позитивного или желаемого состояния с помощью самоповреждения [169, 166].

К внутриличностным функциям относят также функцию самонаказания [170], когда самоповреждение отражает негативный образ себя [151]. Согласно модели дефективного Я, люди с низкой самооценкой или испытывающие ненависть к себе могут воспринимать боль как заслуженную и желанную, и поэтому причиняют ее себе [171]. Проверка модели методом экологического моментального измерения на группе студентов с несуйцидальными самоповреждениями показала, что мысли о самонаказании (но не самокритика) позволяли предсказывать интенсивность желания совершить самоповреждение [172].

Впоследствии была выдвинута новая модель несуйцидальных самоповреждений — модель выгод и барьеров. Согласно этой модели самоповреждения совершаются по ряду причин, обозначающихся как «выгоды» данного поведения, или мотивы, которым оно удовлетворяет: избавление от негативных эмоций и улучшение эмоционального состояния, самонаказание, коммуникация и повышение чувства групповой принадлежности. Самонаказание как мотивация самоповреждения особенно характерна для людей с высокой самокритичностью, у которых улучшение настроения достигается непосредственно во время болезненного физического воздействия, а не после его прекращения [173].

Самонаказание по сравнению с другими функциями самоповреждающего поведения имеет наиболее сильные связи с суйцидальным поведением [174].

Социальные/межличностные функции характеризуют самоповреждения, направленные на других: поиск помощи, привлечение внимания, установление связей со сверстниками [150, 159], сообщение окружающим о тяжести своего эмоционального состояния [169].

Совершение самоповреждений может стать способом создания, подтверждения или упрочения идентичности взрослеющего подростка [150]. Подростки с самоповреждениями имеют больше друзей, причиняющих себе вред; они могут начать наносить самоповреждения, если это принято в сообществе, в которое они стремятся попасть. Кроме того, сверстники могут непосредственно поддерживать и одобрять данное поведение [173].

Авторы метаанализа распространенности функций несуйцидального самоповреждения отмечают, что наиболее часто задействованные функ-

ции — внутриличностные — связаны в большей мере с регуляцией тревоги, и в меньшей — с избеганием негативных переживаний. Межличностные функции, особенно функции влияния и наказания других, менее распространены, что, как пишут авторы, противоречит существующему мифу о несуицидальных самоповреждениях как манипуляции вниманием и эмоциями окружающих. В большей мере это способ рассказать о страдании (например, «показать другим, в каком я отчаянии»; «показать другим, как мне больно») [166].

Авторы лонгитюдного исследования приходят к выводу, что большинству 16-летних подростков свойственны только внутриличностные функции (73% в 16 лет и 64% в 21 год). Чуть менее половины подростков (42%) и три четверти молодых людей в возрасте 21 года сообщили о более чем одной функции. Важно отметить, что именно внутриличностные, а не межличностные функции становятся предвестием несуицидальных самоповреждений в возрасте 21—25 лет или попыток самоубийства во взрослом возрасте [175].

Подростковый возраст как фактор риска самоповреждающего поведения. Самоповреждающее поведение наиболее часто начинается в подростковом возрасте. Раннее начало приходится на возраст до 12 лет; типичным периодом для несуицидальных самоповреждений считается возраст от 13 до 16 лет; позднее начало — от 17 лет и старше [176].

Согласно результатам метаанализа, женский пол, физические симптомы, неблагоприятный детский опыт, проблемное поведение, низкая медицинская грамотность, издевательства и психические расстройства являются потенциальными факторами риска несуицидального самоповреждающего поведения. Если на взрослых большее влияние оказывают предыдущий опыт самоповреждения и эмоциональные расстройства, то у подростков несуицидальные самоповреждения больше связаны с проблемами сна и неблагоприятным детским опытом [160].

Отдельными факторами риска несуицидальных самоповреждений выступают стрессоры и психологические трудности, ассоциированные с кризисным характером самого подросткового периода, включая трудности регуляции эмоций и поведения, низкие копинг-навыки, коммуникативные трудности, внутрисемейные конфликты, буллинг, стремление к идентификации с группой и т.д. [177]. Особо важный сопутствующий фактор — качество отношений в семейной среде [178, 148].

Наиболее неблагоприятными для подростков являются повторяющиеся самоповреждения, которые также связаны с текущей психопатологической симптоматикой, предшествующим опытом самоповреждения, психологическим дистрессом, злоупотреблением алкоголем, плохими отношениями в семье, проблемами со сверстниками, женским полом и принадлежностью к этническому меньшинству [163].

2.3.2. Направления исследований, сближающие несуицидальные и суицидальные самоповреждения

Несуицидальное самоповреждение как парасуицид. Один из первых исследователей самоповреждающего поведения, К. Меннингер, называл членовредительство формой «частичного суицида», своеобразным самоисцелением, предотвращающим «тотальный суицид» [179].

В середине XX века был введен термин «парасуицид», под которым подразумевалось поведение, имитирующее суицидальное, но без намерения убить себя [180]. В отечественных исследованиях парасуицид определялся как «целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью» [181].

Позднее термин «парасуицид» заменили на «преднамеренное самоповреждение», также параллельно стал использоваться термин «несуицидальное самоповреждение». Необходимость этой замены, по-видимому, была обусловлена терминологической путаницей, которая присутствует в понимании как феноменологии суицидального поведения, так и природы и функций несуицидальных и преднамеренных самоповреждений: являются ли самоповреждения самостоятельной формой аутодеструктивного поведения или представляют подкатегорию суицидального поведения [182].

Современные исследователи самоповреждающего поведения настаивают на отличии несуицидальных самоповреждений от суицидального поведения, при этом признавая значительную связь между ними [157, 158, 183].

Приобретенная способность к суициду (acquired capability for suicide). Переход от несуицидальных самоповреждений к суицидальному поведению объясняется в рамках гипотезы о приобретенной способности к суициду, которая является частью межличностной теории суицида Томаса Джойнера [155]. Согласно этой теории вероятность суицидальной попытки напрямую связана с переживанием нарушенной принадлежности, восприятием себя как бремени для других и приобретенной способностью к суициду — толерантностью к боли и страху смерти, порождающей специфическое бесстрашие.

Самоубийство сопряжено с потенциальной болью, травмами и смертью, которых люди биологически предрасположены бояться и избегать, поэтому попытка самоубийства подразумевает, что эти барьеры были нарушены [184]. Так как несуицидальные самоповреждения способствуют привыканию к боли, они расцениваются как существенный фактор риска формирования склонности к самоубийству [155].

Вместе с тем, неоднократно встречаются описания подростками самоповреждающего поведения как «репетиции» суицидальных действий [157], что может также способствовать постепенному снижению чув-

ствительности к боли и страху перед нанесением угрожающих жизни физических повреждений [185].

Снижение страха смерти обуславливает переход от суицидальных желаний и побуждений к намерениям и планам, а повышение болевого порога и привыкание к крови и виду ран и шрамов усиливает степень тяжести последующих самоповреждений и вероятность летального исхода (в том числе ненамеренного). При этом самоповреждающее поведение может усиливать чувства стыда, вины и социального отвержения, что вносит вклад в другие механизмы формирования суицидального риска согласно межличностной теории суицида (восприятие себя как бремени и нарушенная принадлежность).

Тина Уиллоуби с коллегами подтвердила гипотезу о приобретенной способности к самоубийству в годовом лонгитуде на выборке канадских студентов: согласно путевому анализу, частота несуйцидальных самоповреждений в первом измерении выступила предиктором приобретенной способности к совершению суицида во втором измерении, но не наоборот [186]. Однако следует помнить, что приобретенная способность к самоубийству — только один из механизмов повышения суицидального риска.

У подростков существенным фактором суицидального риска оказывается нарушенная принадлежность (т.е. переживание отверженности, изоляции, одиночества, а также конфликты в семье и с близкими друзьями), сочетающаяся с повышенной межличностной чувствительностью. Поэтому при оценке несуйцидальных самоповреждений как фактора суицидального риска нужно определить, с чем связаны самоповреждения. Если они обусловлены нарушенной принадлежностью (включая болезненные разрывы романтических и дружеских отношений, переживание отвержения в семье и школе, изоляция в сообществе, одиночество), то можно предположить высокую интенсивность суицидального желания, которое определяет переход от несуйцидальных самоповреждений к суицидальному поведению.

Теория ворот (gateway theory). Данная теория рассматривает все формы и способы причинения физического вреда как континуум, где несуйцидальные самоповреждения и суицидальные попытки находятся на разных полюсах [157, 183]. Возможность такого понимания коренится в общей феноменологии как несуйцидальных, так и суицидальных самоповреждений: и в том, и в другом случае речь идет о намеренном причинении себе физического вреда, несуйцидальные самоповреждения раз от раза могут становиться тяжелее и опаснее вплоть до суицидальных попыток.

Несуйцидальные самоповреждения выступают как своеобразный катализатор суицидальных мыслей и действий, способствующий переходу от пассивных суицидальных переживаний к формулированию суици-

дального плана, или же от суицидального плана к суицидальной попытке [187]. Подростки с самоповреждениями демонстрируют снижение страха перед суицидальными действиями в сравнении с подростками без самоповреждений [188].

Этот подход близок, но не идентичен межличностной теории суицида, так как в обеих теориях важное место занимает представление об утяжелении самоповреждающего поведения со временем.

Теория ворот подтверждается результатами эмпирических исследований, в которых обнаружена связь между несуицидальными и суицидальными самоповреждениями, а также выявлено более раннее начало несуицидальных самоповреждений, выступающих предвестниками формирования суицидального поведения в дальнейшем (начало несуицидальных самоповреждений относят примерно к 13—15 годам, а начало суицидальных попыток/намерений — к 16 годам) [183].

Теория третьей переменной. Согласно этой теории несуицидальное самоповреждающее и суицидальное поведение связаны не напрямую, а за счет «третьей переменной» — то есть за счет того, что оба этих типа поведения выступают симптомами других психических расстройств или следствиями эмоциональной дисрегуляции, вызванной психологическим дистрессом. Эта позиция находит подтверждение в исследованиях, которые демонстрируют высокую частоту диагностированных психических расстройств у пациентов, умерших вследствие самоубийства в разные возрастные периоды [189].

Анализ литературы позволил выявить ряд «третьих» переменных, характерных для несуицидальных и суицидальных самоповреждений на подростковых (и юношеских) выборках. Их можно разделить на факторы, относящиеся к психическим расстройствам или неблагоприятным личностным чертам (депрессия, злоупотребление наркотиками, пограничное личностное расстройство, посттравматическое расстройство, импульсивность, агрессивное поведение, дефицит внимания и гиперактивность, расстройство поведения), ситуационные, межличностные и относящиеся к травме факторы (дисфункциональные отношения в семье, сексуальное или физическое насилие) [158].

2.3.3. Различия между несуицидальным самоповреждающим и суицидальным поведением

Несмотря на то, что суицидальные попытки и самоповреждения связаны с повреждением своего тела, они различаются по мотивам, частоте, способам самоповреждения (самые распространенные — порезы, попытки самоотравления), а также сопутствующим когнитивным и личностным характеристикам [157, 151, 190]. Остановимся подробнее на самых ярких различиях.

Мотив. Одним из решающих различий между несуицидальными самоповреждениями и суицидальным поведением является наличие или отсутствие намерения умереть в момент причинения себе физического вреда. Предполагается также различие на уровне ценностей и установок: подростки с самоповреждениями без суицидальной направленности могут отличаться от подростков с историей попыток самоубийства более позитивным отношением к жизни и более негативным отношением к смерти. Однако существующие эмпирические данные свидетельствуют о более сложной картине.

В основе как попыток самоубийства, так и преднамеренных самоповреждений часто лежит множество мотивов [182]. Нельзя исключать, что мотивов может быть более, чем один, и они могут быть противоречивы. Кроме того, подросток не всегда способен понять, что он на самом деле хочет — умереть, прекратить свое существование или перестать чувствовать душевную боль. Также нельзя исключить сознательное отрицание подростком намерения умереть даже тогда, когда тяжесть самоповреждения (например, прыжок с высокого этажа или глубокие порезы) свидетельствует об обратном.

Недоверие к мотивам, указываемым подростками в самоотчете, подтверждается и различиями в результатах, получаемых разными методами (самоотчетом или имплицитным тестом ассоциаций). Школьники (средний возраст — 16 лет) с несуицидальными самоповреждениями отличались меньшим отвращением к жизни, чем те, у кого были суицидальные попытки (для оценки использовались опросники самоотчета). Но обе эти группы, по сравнению с контрольной, сообщали о большей депрессии и суицидальной идеации, меньшей привлекательности жизни и большей притягательности смерти [191]. В другом исследовании сравнение имплицитных ассоциаций у подростков с суицидальными попытками и подростков, наносивших себе только несуицидальные самоповреждения, показало, что у последних больше выражены оба типа имплицитных самоидентификаций — и с порезами, и со смертью [192].

Эти результаты ставят под сомнение возможность достоверно выделить «намерение умереть» в качестве ключевого различия между несуицидальными самоповреждениями и суицидальным поведением. Попытку обсудить эту проблему мы находим в систематическом обзоре: его авторы приходят к выводу, что оценить наличие или отсутствие суицидального намерения чрезвычайно сложно. Эта сложность во многом связана с особенностями подросткового развития — именно в этот период происходит формирование концепции смерти, когда подросток оставляет свои детские представления об уходе из жизни, старается осмыслить его, ищет и устанавливает границы между жиз-

нию и смертью. Но собственная смерть немыслима. До совершения акта самоповреждения подростки могут размышлять о смерти как о привлекательной альтернативе, но столкнувшись с немыслимостью собственной смерти во время самоповреждения, они быстро конструируют нарратив, объясняющий их действия в терминах избегания невыносимых эмоций. Подростки еще не способны говорить открыто о суицидальной идеации, но она уже может присутствовать на неосознаваемом уровне [158].

Функции. Несуицидальные самоповреждения чаще всего связываются с регуляцией сильных негативных эмоций и избеганием болезненных переживаний [193], тогда как суицидальные попытки объясняются, в частности, стремлением освободить других от себя (обремененность в теории Джойнера) или освободиться от собственного аверсивного самосознания, убежать от эмоционально болезненного переживания внутренней несостоятельности [194].

Общей для несуицидальных и суицидальных самоповреждений является внутриличностная функция, связанная с переживанием душевной боли.

О межличностных функциях чаще говорят подростки с несуицидальными самоповреждениями, по сравнению с подростками, совершившими суицидальную попытку [195].

Отдельно следует сказать, что самоповреждения, цель которых — совладание с суицидальными мыслями, называют наиболее значимым предиктором суицидальных попыток, наряду со шрамами и опытом обращения за медицинской помощью вследствие самоповреждений. Несуицидальные самоповреждения, таким образом, позволяют подросткам выразить суицидальные переживания, не прибегая непосредственно к суицидальным действиям [172].

Аффект. При несуицидальных самоповреждениях подростки чаще всего стремятся снизить интенсивность болезненных, негативных эмоций, иногда — наказать себя. Причем девушки-подростки используют несуицидальные самоповреждения преимущественно для регуляции эмоций и самоконтроля, а подростки мужского пола более склонны к импульсивному удовольствию [160].

После акта самоповреждения часто возникает чувство облегчения, тогда как после суицидальной попытки — чувство гнева [182]. Показатели тревожности, депрессии и социального избегания у подростков с суицидальной попыткой выше, чем у подростков с несуицидальными самоповреждениями [196]. И в целом, по сравнению с несуицидальными самоповреждениями, лица с суицидальными попытками отличаются более выраженным психосоциальным неблагополучием (жестокое обращение в детстве) и меньшим стремлением к жизни [183].

2.3.4. Корреляции между несуицидальным самоповреждающим и суицидальным поведением в неклинических и клинических подростковых популяциях. Распространенность данных типов поведения

Связи между самоповреждающим и суицидальным поведением установлены в ряде исследований [187, 197], причем вне зависимости от того, какой метод оценки частоты самоповреждений используется — интервью или самоотчет [193].

В большинстве случаев эти связи обнаруживаются вне зависимости от возраста или типа выборки — клинической или популяционной. Так, в исследовании, проведенном на четырех выборках: студенты, случайно отобранные взрослые, подростки-школьники и подростки-пациенты психиатрической клиники, — были установлены связи несуицидальных самоповреждений с суицидальными попытками, причем у других факторов риска (депрессия, пограничное личностное расстройство, тревожность, импульсивность) связь с суицидальными попытками была слабее. Только самоповреждения и суицидальная идеация выступили предикторами суицидальных попыток в регрессионном анализе [198].

На подростковых клинических и неклинических выборках самоповреждения сопровождают суицидальное поведение примерно в 60—70% случаев. До 75% непальских подростков с суицидальным поведением также совершали несуицидальные самоповреждения [197]. В исследовании на подростковой популяции (N = 1180, 14—21 год), 39,6% подростков с несуицидальными самоповреждениями подтвердили суицидальное поведение, и, в свою очередь, 66% подростков с суицидальным поведением указали как минимум на один акт самоповреждения в течение жизни [199]. В португальском исследовании девять из десяти подростков с суицидальными попытками совершали преднамеренное самоповреждение [165], а в китайской школьной популяции несуицидальные самоповреждения означали повышение риска суицидальной попытки более чем на 135% [200].

В более раннем клиническом исследовании 70% подростков, госпитализированных в психиатрический стационар в связи с несуицидальными самоповреждениями, сообщили о попытке самоубийства в течение жизни, а 55% подтвердили множественные попытки [190].

Совместная встречаемость несуицидальных самоповреждений и суицидальных попыток (совершение действий, относящихся к обоим типам поведения в течение одного года) составляет 17%, при этом наиболее высокие показатели отмечаются в клинической группе (26%) [201]. Аналогичные результаты приводят авторы венгерского исследования: несмотря на то, что связь несуицидальных самоповреждений с суицидальным поведением присутствует как в клинической, так и неклинической группах, более сильна связь именно в клинической группе подростков [153].

Негативные эмоциональные последствия несуицидальных самоповреждений (чувства стыда и вины) могут усиливать у подростков риск суицидальных попыток [202]. При нарастании эмоциональной дисрегуляции (прежде всего нарушении регуляции негативных эмоций) усиливается связь между суицидальными мыслями и несуицидальными самоповреждениями [203].

Другим последствием несуицидальных самоповреждений может быть усиление контролирующего типа воспитания и наказаний со стороны родителей [204], что может ухудшить межличностные отношения и лишить подростка поддержки, и в отдаленной перспективе — повысить вероятность суицида.

Разнообразие способов самоповреждения, их частота и тяжесть. Распространенность самоубийств и повторных попыток самоубийств после преднамеренного самоповреждения в течение одного года составляет 1,3% и 17,0% соответственно [205]. Чем более разнообразные способы самоповреждения используются, тем сильнее их связь с суицидальным поведением [206, 165].

В клинической выборке подростков с пограничными чертами личности большая длительность несуицидальных самоповреждений показала связь как с тяжестью наносимых самоповреждений, так и с повышенным риском суицидальных действий [209]. У подростков (12—18 лет), госпитализированных в психиатрический стационар, с риском первой суицидальной попытки оказался значимо связан более ранний возраст начала преднамеренных самоповреждений и их продолжительность. Чем дольше продолжались преднамеренные самоповреждения до первой суицидальной попытки, тем выше становилась вероятность повторных попыток суицида [162].

Самоповреждения, тяжелые по способу, сильнее связаны с суицидальным поведением по сравнению с более легкими самоповреждениями, т.е. при выдергивании волос или самоукусах суицидальный риск слабее, чем при порезах или самоожогах [157, 183]. Это подтверждают данные о распространенности суицидальных попыток в группах подростков с несуицидальными самоповреждениями разной тяжести: о суицидальных попытках сообщили 2,1% подростков без самоповреждений; 5,6% — с легкими самоповреждениями; 22% — с тяжелыми самоповреждениями [200].

Роль физической боли. В клинической выборке подростков обнаружена значимость не только большего числа способов самоповреждения, но и низкого уровня физической боли. Подростки с суицидальными попытками в анамнезе (по данным самоотчета) рассказывали о большем числе актов и способов самоповреждения, а также субъективно оценивали боль от самоповреждения как менее выраженную, в сравнении с подростками без суицидальных попыток [189].

В исследовании физической боли от самоповреждений на крупной неклинической выборке (более 900 американских студентов) было обнаружено, что частота несуйцидальных самоповреждений, количество разных способов, субъективная оценка боли при совершении самоповреждения и возраст связаны с историей суицидальных попыток. Частота самоповреждений вносила вклад в суицидальные попытки только у респондентов с низким переживанием боли. У респондентов, оценивавших боль как сильную, связи самоповреждающего поведения с суицидальными попытками не было [208].

Авторы качественного исследования, выполненного на клинической выборке подростков с суицидальной попыткой, также замечают, что несуйцидальные самоповреждения вызывают у подростков привыкание к физической боли. Это приводит к утяжелению способов самоповреждения. Если в краткосрочной перспективе несуйцидальные самоповреждения защищают от самоубийства, то в долгосрочной перспективе они расцениваются самими подростками как слишком слабый способ преодоления стресса и негативных эмоций [202].

2.3.5. Эффективность программ профилактики и психотерапии самоповреждающего поведения для предотвращения суицидов

Оказание профессиональной помощи подросткам с самоповреждающим поведением требует изучения их потребностей и индивидуальных предпочтений, факторов риска и защиты, а также знания социального и культурного контекста [157, 209]. Существующие профилактические и психотерапевтические программы ориентируются на разные целевые группы и направлены на снижение частоты или полное прекращение самоповреждающего поведения. Они могут быть нацелены на информирование о проблеме и решать задачи психообразования, либо решать более сложные психотерапевтические задачи развития навыков регуляции эмоций и улучшения межличностного взаимодействия.

При разработке подобных программ следует учитывать ряд психологических параметров: от факторов риска до причин и функций самоповреждающего поведения, что влияет на выбор мишеней и методов профилактики. Например, если у подростков с несуйцидальными самоповреждениями преобладают внутриличностные функции самоповреждения, то больше внимания уделяется развитию навыков эмоциональной регуляции, если же преобладают межличностные функции — основной фокус приходится на формирование навыков межличностного общения. В случае яркой выраженности обеих функций нужно использовать комплексные программы, сочетающие и то, и другое [159].

Особого внимания требует профилактика и лечение самоповреждений в структуре более масштабных программ превенции суицидального пове-

дения подростков. Существенную роль в данном случае играют внутри- и межличностные факторы прекращения несуицидальных/преднамеренных самоповреждений. Их важность была показана в систематическом обзоре, проведенном Тесс Муммэ и выполненном на материале девяти исследований. Процесс прекращения самоповреждений описывался как повышение силы в межличностных отношениях и применение альтернативных копинг-стратегий. Подростки, переставшие наносить себе несуицидальные самоповреждения, демонстрировали более высокие показатели самоэффективности, когнитивной переоценки (стратегия эмоциональной регуляции) и меньшие показатели по шкалам подавления эмоций, тревожной привязанности и отвержения собственных эмоций [210].

Основная проблема существующих программ профилактики и психотерапии самоповреждающего поведения — это отсутствие ясности в отношении их эффективности. Проверка эффективности требует, во-первых, рандомизированных контролируемых исследований с выделением одной или нескольких экспериментальных групп и группы активного контроля, а во-вторых, повторного обследования через некоторый промежуток времени. С точки зрения доказательного подхода необходимо проведение таких испытаний на нескольких разных выборках. Однако на настоящий момент большинство программ не проходят такую тщательную проверку.

В более ранних публикациях мы описали конкретные приемы и методы профилактики самоповреждающего поведения [157], сейчас приведем результаты нескольких метаанализов и систематических обзоров, в которых будут выделены наиболее успешные с точки зрения доказательной медицины терапевтические подходы и программы профилактики самоповреждений в широком контексте предотвращения суицидального поведения.

Программы психотерапии для подростков с самоповреждениями. Дэвид Брент с коллегами [211] провели аналитический обзор терапевтических программ, разработанных для подростков, совершивших преднамеренные самоповреждения (в том числе суицидальные попытки). В обзор вошло 16 исследований и 2 метаанализа. Были выделены три общих направления программ:

- 1) программы, направленные на повышение поддержки подростка в семье или в другом окружении;
- 2) программы, направленные на улучшение навыков решения проблем, эмоциональной регуляции и когнитивного реструктурирования;
- 3) программы, направленные на лечение депрессии.

Все эти программы показали слишком неоднородные результаты, даже когда они были успешны в решении других проблем (лечение депрессии, злоупотребления наркотиками). Краткие программы эффективно повышали приверженность последующему лечению, но не влияли на

суицидальное поведение. Индивидуальные программы, повышающие навыки подростка в определенной области, в целом проигрывали в эффективности программам, включавшим семейное окружение подростка.

Одной из наиболее эффективных выступила терапия, основанная на ментализации, она предусматривала индивидуальные и семейные сессии и была направлена на повышение способности подростка и его семьи понять его поведение в терминах мыслей и чувств, а также повысить эмоциональную регуляцию в семье.

Высокую эффективность показала интегративная когнитивно-бихевиоральная терапия, включавшая, помимо стандартных блоков, мотивационное интервью с подростком и семейные сессии, направленные на коммуникацию и решение проблем в семье. Самоповреждения после прохождения данного вида терапии устойчиво снижались, и этот эффект сохранялся даже через 18 месяцев [211].

Удита Йенгар с коллегами [212] отобрали 21 рандомизированное контролируемое исследование и получили схожие результаты с Брентом. Они также выделили программы, сфокусированные на социальном окружении подростка, индивидуальные программы и смешанные программы. Только пять исследований продемонстрировали значимый эффект терапии для суицидальных попыток и суицидальной идеации. Эффективность показали только протоколы, основанные на когнитивно-бихевиоральной терапии и диалектической бихевиоральной терапии (Iyengar et al., 2018).

Реаль Лабель с коллегами [213] отобрали 14 исследований с дизайном «до-после», использующих когнитивно-бихевиоральную терапию для подростков с суицидальными попытками и преднамеренными самоповреждениями. Метаанализ позволил выявить, что терапия приводила к снижению суицидальной идеации и преднамеренных самоповреждений. Однако эффект для суицидальных попыток был незначимым — возможно, потому, что подростки с высоким риском суицида часто исключались на этапе отбора группы лечения. Лабель указывает также на некоторые другие недостатки работ, посвященных проверке эффективности терапии в данной группе пациентов: недостаточно ясно указанные гипотезы и цели, использование методик с неясной или низкой валидностью и надежностью, отсутствие двойного слепого кодирования (клиницисты, проводившие оценку, знали, к какой группе относятся пациенты), недостаточная статистическая сила (малые выборки), побочные переменные (не уточняется, какую терапию получала контрольная группа, не учитываются психосоциальные стрессоры, возникшие в жизни подростка до / во время лечения) [213].

Недавний кокрейновский обзор протоколов предотвращения преднамеренных самоповреждений у детей и подростков, выполненный под руководством Катрин Уитт [164], включает 17 рандомизированных контролируемых исследований (2280 участников). Была показана эффективность

диалектической бихевиоральной терапии для подростков по сравнению с другими типами психотерапии или обычным лечением в клинике. Индивидуальная когнитивно-бихевиоральная терапия, терапия, основанная на ментализации, и семейная терапия, по всей видимости, не отличаются от клинического лечения по эффективности предотвращения преднамеренных самоповреждений: исследований для этих типов терапии слишком мало, а разброс показателей риска — слишком велик [164].

2.3.6. Систематический обзор программ профилактики преднамеренных самоповреждений

Софи Лильедал с соавторами [214] провела единственный на настоящее время систематический обзор программ профилактики преднамеренных самоповреждений у подростков. Обзор охватывал исследования с 1990 по 2022 г. Программы, отбиравшиеся исследователями, должны были проводиться на базе школ и включать контрольную группу. В результате было отобрано только четыре исследования, описывающие суммарно семь программ профилактики. Из них только две программы продемонстрировали значимую эффективность в предотвращении суицидального поведения: «Игра в хорошее поведение» (Good Behavior Game) и «Молодежь, осведомленная о психическом здоровье» (Youth Aware of Mental health).

Первая программа была изначально разработана для предотвращения нежелательного поведения во время уроков. Учитель обсуждает с учениками «идеальный класс», или идеальную обстановку, в какой им хотелось бы учиться. Далее детей разбивают на группы, которые получают баллы за хорошее поведение, и теряют их за нарушения. Программа включает соревновательный компонент: выигрывает группа с наибольшим количеством баллов.

Вторая программа включает больше психообразовательных компонентов (темы — суицид, факторы риска и факторы-протекторы, депрессия и тревожность) и направлена на улучшение навыков преодоления трудных ситуаций, стрессовых ситуаций и суицидального поведения.

Большинство программ профилактики разрабатывались и апробировались в американских школах, и авторы обзора предостерегают иностранных исследователей от бездумного копирования данных программ в школах своей страны. Кроме необходимости учитывать культурную специфику, при разработке или применении данных программ нужно понимать, что на настоящее время недостаточно исследованы их негативные (ятрогенные) эффекты. Есть предварительные данные о том, что мальчики (особенно те, кто уже находится в группе риска) могут испытывать дистресс при прохождении программ, направленных на профилактику суицидального поведения, и реже обращаться за помощью [214].

Таким образом, в данном разделе мы рассмотрели самоповреждающее поведение как фактор риска суицидальных попыток подростков. Связь между несуицидальными/преднамеренными самоповреждениями и суицидальными попытками теоретически и эмпирически подтверждена во многих исследованиях. Несуицидальные самоповреждения могут использоваться подростками для ослабления интенсивности психологического дистресса, регуляции негативных эмоций и временно снижать суицидальный риск. Таким образом, в краткосрочной перспективе несуицидальные самоповреждения представляют неадаптивную, но эффективную для подростков стратегию преодоления болезненных эмоций. Однако, взрослея, молодые люди, совершавшие в подростковом возрасте самоповреждения, сталкиваются с недостатком адаптивных стратегий регуляции эмоций и совладания со стрессом. А такие факторы, как другие психические или тяжелые соматические заболевания, привыкание к виду ран, шрамов и физической боли, вплоть до временной анальгезии при совершении самоповреждения, могут приводить к значительному повышению риска последующих суицидов уже во взрослом возрасте.

Самоповреждения в подростковом возрасте также могут быть связаны с неблагоприятными межличностными отношениями в семье и со сверстниками, с попыткой сообщить окружающим о своих невыносимых эмоциях и психологической боли. Неумение выдерживать дистресс в межличностных отношениях и выражать переживания адаптивными способами может привести к суицидальным попыткам в будущем (через переживание одиночества и отвержения, а также оторванности от окружающих). Поэтому важной мишенью профилактики суицидального поведения должны стать, во-первых, навыки регуляции эмоций, а во-вторых, межличностные отношения, то, как подросток устанавливает и поддерживает связи с другими людьми. Результаты систематических обзоров показывают наибольшую эффективность именно комплексных программ терапии, направленных на предотвращение повторных самоповреждений и суицидальных попыток.

Чтобы глубже понять процессы, посредством которых неопасные, поверхностные самоповреждения переходят в тяжелые самоповреждения и далее в суицидальные попытки с риском летального исхода, необходимо проведение лонгитюдных исследований с возможностью длительного (многолетнего) наблюдения за детьми группы риска, а также за детьми и подростками с несуицидальными самоповреждениями и/или суицидальным поведением. На настоящий момент исследований такого типа проводится мало, хотя, помимо их важности для профилактики суицидального поведения, полученные результаты позволят определить пути формирования приобретенной способности к суициду и роль, которую играют в этом самоповреждения.

Раздел 3. Системные многофакторные модели суицидального поведения

3.1. Клинико-психологические концептуальные подходы к исследованию суицидального поведения

Е.Г. Дозорцева

На протяжении веков суицид считали греховным деянием с религиозной точки зрения и преступным, по аналогии с убийством, с социальной. В некоторых странах до сих пор существует уголовная ответственность за суицидальные попытки, и декриминализация суицидального поведения рассматривается ВОЗ как одно из средств сделать более доступной кризисную помощь для нуждающихся [215].

Ж.-Э. Эскироль был первым, кто связал самоубийство с психическим заболеванием, полагая, что человек покушается на свою жизнь только в состоянии «умственного помешательства» и вследствие этого не может нести юридическую или религиозную ответственность за свои действия [216]. Однако уже в конце XIX века тезис о том, что суицид имеет исключительно болезненную природу, подвергался сомнению. В.М. Бехтерев писал в 1914 г., что при самоубийствах и попытках самоубийства доля душевнобольных составляет « $\frac{1}{3}$ или $\frac{1}{4}$ случаев», в то время как остальные составляют группу лиц «хотя и душевно-здоровых, но, благодаря тем или другим условиям, склонных к нарушению своего психического равновесия...» [217]. В современной медицинской литературе отмечается, что психопатологический фактор играет роль в развитии суицидального поведения, однако психотические состояния обнаруживаются редко, в то время как большее значение, в том числе у подростков, имеют пограничные психические расстройства (эмоциональные, личностные и др.), а часть суицидентов психическими расстройствами не страдают [218].

Биологический подход к трактовке суицидального поведения, берущий начало в XIX веке, был связан с поиском структурных и функциональных характеристик мозга как предпосылок суицида. Однако только современные исследования позволили выделить биохимические и нейрофизиологические корреляты суицидального поведения, а также их генетическую основу. Важная роль в их развитии принадлежит метаболизму серотонина, дисфункции норадренергической системы и некоторым другим проявлениям дисбаланса нервной и эндокринной систем. Особое значение придается гипоталамо-гипофизарно-кортикоидной системе, в которой происходит быстрая реализация стрессового напряжения и, соответственно, тревоги и страха, серотонинергической системе, контро-

лирующей агрессивные импульсы и формирование депрессии, а также иммунной системе и липидному обмену как системам, усиливающим патохимические изменения в мозге [219, 4].

Начало фундаментального изучения феномена суицида с позиций социологии было положено работой Э. Дюркгейма «Самоубийство» в 1897 г., в которой он анализировал социальные факторы суицидального поведения и выделил четыре основных типа самоубийств в зависимости от характера и степени интеграции человека в общество. Эгоистический суицид в его классификации характеризуется слабой интеграцией в социум, альтруистический, напротив, высокой, а аномический вызывается нормативным вакуумом, возникающим вследствие социальных кризисов, и слабой социальной регуляцией. Четвертый тип, фаталистический суицид, появляется в связи с высокой регуляцией со стороны общества и чрезмерными ограничениями социальной ситуацией в такой степени, что жизнь теряет смысл. Основной причиной ухода человека из жизни Дюркгейм считал одиночество [220]. Позже сходные идеи развивал Н. Фарбероу, который, однако, связывал причины одиночества не только с утратой непосредственных социальных связей, но и с несоответствием ценностей человека и общества [221, 4].

Ранняя концептуальная трактовка суицидального поведения на основе *психоанализа* содержится в работах З. Фрейда. Суицид рассматривался им как агрессия, перенаправленная субъектом с внешнего мира на себя и побуждаемая инстинктом смерти. Позже в рамках психодинамического подхода иные объяснительные основания для суицидального поведения предлагали К. Г. Юнг (реализация архетипа возрождения), А. Адлер (бегство в суицид после неудачи в преодолении комплекса неполноценности, а также скрытая атака на людей, по вине которых цель не достигнута), К. Хорни (несоответствие «я» заданным культурой стандартам). Расщеплением «я» и стремлением избавиться от его нежелательного компонента объясняли суицидальное поведение К. Меннингер и Г. С. Салливан. В концепции Меннингера суицид направлен на интроецированный объект и обусловлен трояким желанием убить, быть убитым и умереть. Аутоагрессивное поведение субъекта подразделялось на три вида: хроническое (аскетизм, анти-социальное поведение), локальное (членовредительство, преднамеренные несчастные случаи) и органическое (собственно самоубийство) [222, 223]. В теории межличностного общения Г. С. Салливана в сознании субъекта существуют три образа «я»: «хороший», «плохой» и «не-я». Самоубийство представляет собой превращение «плохого я» в «не-я» и отражает переориентированное на себя враждебное отношение субъекта к другим людям и внешнему миру [224].

К. Роджерс с позиций *экзистенциально-гуманистической психологии* трактовал суицид как результат нереализованной самоактуализации, по-

тери доверия к себе, осознания одиночества, ненависти и презрения к жизни. Для В. Франкла причинами суицидального поведения были экзистенциальный вакуум, отсутствие целей и смыслов. Даже в самых тяжелых условиях для человека остается ценность осмысленного отношения к боли, вине и смерти, дающая ему внутреннюю свободу, однако, если у человека нет цели, жизнь теряет свою значимость, тогда возрастает вероятность суицида [225].

Если для большинства представителей предыдущих теоретических подходов в психологии суицид был лишь одним из ряда анализируемых явлений, то начало современного, собственно *суицидологического, направления* исследований принято связывать с работами американского психолога Э. Шнейдмана, который в 1957 г. первым, в сотрудничестве с Н. Фарбероу, описал суицид как специфический психологический феномен. Он выделил ряд общих для всех вариантов суицидов признаков, к числу которых, в частности, относятся цель (нахождение решения), задача (прекращение жизни), стимул (душевная боль), действие (бегство). Один из значимых общих признаков — соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения человека. Э. Шнейдманом была предложена теория, согласно которой внутренней основой суицида служит психическая боль как следствие неудовлетворенных потребностей и чувства безнадежности. Желание человека покончить с собой порождается одновременным присутствием трех факторов: невыносимой душевной боли как субъективного эмоционального страдания; внешнего давления любого типа; особого состояния возбуждения, проявляющегося в эмоциональной ажитации, сужении сознания с доминированием одной идеи, что способствует импульсивному и потенциально летальному поведению. Э. Шнейдман сформулировал типологию суицидентов и суицидов. Индивиды, склонные к суицидальному поведению, подразделялись им на искателей смерти, инициаторов смерти, игроков со смертью и одобряющих смерть. Суициды, в свою очередь, относились к трем категориям: эгоистические (конфликт между частями «я»), диадические (межличностный конфликт отношений), агенеративные (утрата чувства принадлежности к своему кругу общения, поколению, что свойственно для пожилых людей). Шнейдман является также автором метода психологической аутопсии для исследования самоубийств (включая анализ предсмертных записок) [226].

Когнитивный, или когнитивно-поведенческий, подход к проблематике суицидального поведения реализован в трудах его основателя А. Бека. Согласно его теоретической модели, склонность к депрессии и суициду является результатом искаженных когнитивных схем «я» с негативными убеждениями и дисфункциональными отношениями. Подобно другим депрессивным людям, склонные к суициду субъекты интерпретируют

свою ситуацию негативным образом. Ключевую роль в этом контексте Бек отводил чувству безнадежности и негативной триаде убеждений о себе, других и будущем, которые в наиболее острой фазе развития перерастают в суицидальный кризис [227, 228].

В сходном русле развивали свои идеи относительно природы и характера суицида и другие исследователи когнитивного и когнитивно-поведенческого направления. Так, Д. Рудд (2000) в своей когнитивно-поведенческой модели суицида вводит категорию «суицидального образа действия». В описываемой им системе запуск негативных убеждений и когниций сопровождается активацией аффективных, физиологических и поведенческих реакций, связанных с суицидальностью, а также соответствующих им «компенсаторных стратегий». Появляющиеся дисфорические эмоции связываются с теми или иными конкретными убеждениями и приобретают характер чувства стыда, вины, гнева и т.п. Поведенческая система содержит predispositions к включению в суицидальное поведение, в том числе планирование, проигрывание и суицидальные попытки. Физиологическая система подключает паттерны физиологической активации, характерные для «суицидального образа действий» [229, 230].

Согласно представлениям И. Орбаха, продолжительный стресс, испытываемый индивидом, ведет к развитию диссоциативных тенденций (в том числе безразличие к телу и боли) и повышенной уязвимости к стрессу. Этот эффект проявляется, в частности, в феномене самоповреждений. В дальнейшем диссоциативные тенденции становятся интегральной частью суицидального поведения. Терпимость к боли затрагивает восприятие, мотивацию, эмоции, поведенческие и когнитивные стратегии контроля боли. Эти диспозиции могут способствовать суицидальному поведению в условиях усиливающегося стресса, беспомощности и безнадежности [231].

М. Линехан рассматривает человека, склонного к суициду, как испытывающего нехватку способности полностью принять свой опыт, регулировать свои импульсивные и аутодеструктивные эмоции и эффективно поддерживать межличностное взаимодействие. Она выделила основные убеждения, наличие которых дифференцирует тех, кто не имеет суицидальных тенденций, от потенциальных суицидентов: позитивные ожидания от будущего, убежденность в своей способности справиться с любыми трудностями, а также в том, что жизнь имеет особую ценность [232, 233]. Дж. Марк и М. Вильямс [234] выдвинули тезис о том, что суицидальное поведение может интерпретироваться как крик боли вследствие чувства «загнанности в ловушку». Оно мотивируется не столько желанием умереть, сколько вырваться из ловушки. Эта ловушка является результатом образов, мыслей и воспоминаний человека,

т.е. эмоций и когнитий, которые человек сам может и не осознавать. По мнению М. Вильямса, для суицидентов характерен дефицит автобиографической памяти, или ее слишком общий характер, что не позволяет использовать прошлый опыт для преодоления трудностей и создает ощущение беспомощности [235].

Психосоциальный подход к трактовке суицида в России был введен в 1970—1990-х годах А.Г. Амбрумовой. В ее работах самоубийство представляется как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею конфликта. Суицидогенность ситуации определяется, с ее точки зрения, готовностью личности расценить ее как таковую. Эта готовность возникает в условиях психологического кризиса, характеризующегося эмоциональным дисбалансом вследствие фрустрации значимых для индивида потребностей. Независимо от причин и реальных обстоятельств субъективное переживание суицидогенного конфликта имеет тягостный депрессивный характер и является результатом личностной переработки.

У взрослых людей готовность к суициду определяется индивидуальными особенностями субъекта, в частности его опытом, характером, а также устойчивостью межличностных отношений и связей. Концепция суицида А.Г. Амбрумовой включает в себя типологии его факторов, личностей суицидентов и суицидальных реакций. Так, автором выделяются четыре типа суицидальных реакций. Эгоцентрическое переключение представляет собой острую аффективную реакцию на конфликт с непосредственным возникновением суицидальных намерений. Психалгия выражает аффективные переживания обиды, протеста, отчаяния с нарастающей тяжестью. Реакция негативных интерперсональных отношений проявляется в мучительной и длительной сосредоточенности на представлениях и суждениях в связи с прекращением высокозначимых отношений. Реакция отрицательного баланса отражает критическую оценку всех аспектов ситуации, прошедшего, настоящего и будущего. В последнем случае риск суицидального поведения максимален [236, 237].

Разработанная А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян (1998) многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра, в которой анализируются макросоциальные, семейные, интерперсональные и личностные факторы, была успешно применена для описания специфики суицидов у подростков [7].

К психосоциальному подходу может быть отнесена модель суицида как результата социального научения (Д. Лестер [238] и др.), в которой особая роль отводится психологическим механизмам подражания и заражения в случаях серий, или «кластеров», суицидов, происходящих в течение короткого времени в одном и том же месте, в особенности под влиянием сообщений СМИ.

Среди зарубежных психосоциальных концепций одной из наиболее распространенных является интерперсональная теория Т. Джойнера, которой в нашей главе будет посвящен специальный раздел.

Биопсихосоциальная модель психического здоровья, предложенная Дж. Энгелем в 1977 г. и опирающаяся на представления о взаимодействии биологических, психологических и социальных факторов, стала продуктивной основой для рассмотрения феномена суицида. С. Блюменталь [239] представила биопсихосоциальную модель в виде пяти пересекающихся сфер риска таким образом, что люди, находящиеся на пересечении всех пяти сфер, характеризуются максимальным уровнем риска суицида. К сферам риска в этой модели относятся психические расстройства (аффективные расстройства, злоупотребление алкоголем и ПАВ, шизофрения); черты и расстройства личности; психосоциальные факторы окружающей среды (сильные стрессы и потери, столкновения с суицидами); генетическая предрасположенность; другие биологические факторы (например, пониженный уровень серотонина). Взаимодействие перечисленных сфер может понижать порог суицидального поведения, однако им могут противодействовать протективные факторы, такие как социальная поддержка, стратегии совладания со стрессом, надежда на лучшее.

В рамках биопсихосоциальной модели наибольшее распространение получила концепция диатез-стресса, или уязвимости — стресса. Под диатезом понимается предрасположенность к суициду, обусловленная не только биологическими, в частности генетическими, нейрофизиологическими факторами, но и социальными неблагоприятными влияниями, такими как перенесенное в детстве насилие, которые способствуют развитию депрессии. Диатез к суицидальному поведению рассматривается в последние годы как процесс, который включает в себя и подготовку к суициду, в том числе суицидальные попытки, которые становятся существенной частью предрасположенности. Стрессовый компонент модели составляют разного рода психосоциальные стрессы и психические расстройства, которые нередко связаны друг с другом (например, бедность, безработица, социальная изоляция, разрыв отношений или крушение брака и депрессия) [219, 240]. Дж. Поллок и Л. Вильямс описали когнитивную модель диатез-стресса, содержащую три компонента: повышенную чувствительность к сигналам поражения; ощущение безвыходности, обусловленное недостатком способности разрешать проблемы; ощущение, что «нет спасения», связанное с неспособностью видеть позитивное в будущем и безнадежностью. Эта модель получила условное название «крик боли» [241, 230].

Модель суицида в контексте концепции диатез-стресса развивалась в России в работах Б.С. Положего [58,59]. Факторы, или детерминанты,

суицидального поведения в рамках этой модели разделяются на три ранга, причем детерминанты I и II ранга образуют этиопатогенетический блок и являются наиболее значимыми, тогда как детерминанты III ранга связаны с популяционной частотой суицидов. К детерминантам I ранга в концепции Б.С. Положего относятся биологические, клинические, личностно-психологические факторы как первичные и необходимые условия возникновения суицидального поведения. Среди клинических факторов первостепенное значение имеют психические расстройства. Существенное повышение риска суицида отмечается при таких их формах, как шизофрения, расстройства личности, алкоголизм, эпилепсия, стрессовые расстройства, однако первое место традиционно занимает депрессия.

Наиболее типичными личностно-психологическими детерминантами являются высокие уровни аутоагрессии, импульсивность, эмоциональная неустойчивость, неадекватная самооценка, отсутствие навыков конструктивного решения проблем, низкая способность к формированию психологических защит, чрезмерно развитое чувство вины, незрелость суждений и другие проблемные («суицидоопасные») качества, формирование большинства из которых Б.С. Положий относит к дефектам воспитания в возрасте до 5—6 лет. Детерминанты II ранга представляют собой факторы, которые не являются решающими для возникновения суицидального поведения, но способствуют его развитию и тем самым повышают риск суицида. Они включают в себя отсутствие социальной поддержки, семьи, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, соматические заболевания, пережитое насилие и др. Помимо этиопатогенетических факторов в инициировании и формировании суицидального поведения как непрерывного процесса ключевое значение имеет стресс. Выделяются этапы такого поведения: досуицидальный, пресуицидальный, реализации суицидальных намерений и постсуицидальный (при суицидальных попытках). Детерминанты III ранга имеют социальный, социокультурный характер и определяют популяционную частоту суицидов в зависимости от конкретных условий социального неблагополучия и этнокультуральных особенностей общества [58, 59, 60].

Ряд моделей суицидального поведения отражают не только обуславливающие его факторы, но и динамику его возникновения и реализации. Этапы суицидального поведения выделялись суицидологами и в ранее рассмотренных моделях (А.Г. Амбрумовой, Б.С. Положим). В некоторых концепциях указывалась роль повторных суицидальных актов как привычных («аддитивное суицидальное поведение») у подростков [242]. Однако наиболее полно динамические психологические механизмы развития суицидального поведения были описаны в спе-

циальных моделях, получивших название интегративных, к которым относятся мотивационно-волевая модель Р. О'Коннора и трехшаговая теория суицида Д. Клонски. Они имеют большое значение для понимания суицидального поведения, в связи с чем будут рассмотрены более подробно в дальнейшем.

Описанные выше модели суицидального поведения имеют, как правило, общий характер и не дифференцированы по возрастам. Однако известно, что суицидальное поведение детей и подростков имеет свои особенности и не всегда полностью соответствует традиционным моделям, характерным для взрослых. В связи с этим многие работы психиатров и психологов посвящены возрастной специфике самоубийств детей, подростков и молодежи [243, 244, 61, 245, 246, 38, 246, 247, 248, 249].

По мнению А.Е. Личко, суицидальное поведение подростков в 90% случаев — «крик о помощи», а не истинное желание покончить с собой. В его типологии суицидального поведения этому состоянию соответствуют аффективное и демонстративное поведение в ответ на стрессовую ситуацию, тогда как истинное составляет лишь 10%. Варианты суицидального поведения рассматриваются А.Е. Личко в соотношении с типами акцентуаций характера подростков. Случаи истинного суицидального поведения чаще встречаются у подростков с психотической симптоматикой, у сенситивных подростков и при циклоидной акцентуации в субдепрессивной фазе [218].

А.Г. Амбрумова видела специфику суицидального поведения в подростковом возрасте в недостаточно адекватной оценке последствий суицидальных действий и непонимании смерти; незначительности, с точки зрения взрослых, мотивов такого поведения (что затрудняет распознавание суицидальных намерений); включенности суицидальных попыток в более широкий спектр девиантного поведения и их связи с другими поведенческими отклонениями [250]. Кроме того, А.Г. Амбрумова и ее коллеги выделили особенности суицидоопасных ситуационных реакций в зависимости от возраста. Так, для младшего (12—14 лет) и среднего (15—16 лет) подросткового возраста характерны реакции депривации с негативными переживаниями в условиях жесткого авторитарного воспитания. В среднем подростковом возрасте наблюдаются эксплозивные аффективные реакции в семейном окружении, где такие реакции привычны. В среднем и старшем (17—18 лет) подростковом возрасте встречаются реакции самоустранения, типичные для незрелых эмоционально неустойчивых молодых людей, с целью ухода от трудностей [251].

Для детей и подростков особое значение имеет семейная среда и отношения с родителями. Варианты поведения родителей, негативно влияющие на эмоциональное и личностное развитие ребенка, были описаны Дж. Боулби [252]. Ю.В. Попов и А.А. Пичиков [87] представ-

вили модель влияния на ребенка, с одной стороны, семейных факторов суицидального риска, с другой — семейных защитных факторов. К числу первых относятся три категории факторов: семейная история (суициды или попытки суицидов, аффективные расстройства, импульсивность и агрессия, жестокое обращение, злоупотребление алкоголем и ПАВ); перинатальные факторы (родовые травмы, недоношенность); семейная неблагоприятная обстановка (насилие в семье, конфликтность, безнадзорность, развод, бедность, смерть близкого родственника и др.). Результатом их воздействия становится пониженное настроение ребенка, тревога, а также его собственная импульсивность и агрессия, злоупотребление алкоголем и ПАВ. Противостоят развитию этих характеристик в качестве семейных защитных факторов позитивное общение родителей с ребенком, адекватный родительский контроль, эффективные дисциплина и копинги.

А.Б. Холмогорова и С.В. Воликова представили анализ особенностей суицидов у молодежи, опираясь на психосоциальную модель, включающую социальные и индивидуальные факторы риска суицидального поведения. На уровне макросоциальных факторов помимо общих для разных социумов характеристик (доступность информации о способах самоубийства, особенно с помощью интернета, и средств для его совершения, культ успеха и его нереалистичные стандарты, социоэкономические кризисы, распространенность потребления алкоголя и ПАВ и др.) авторы отмечают вариативность макросоциальных условий для разных регионов и социальных групп. Указывая на значительное расслоение общества, А.Б. Холмогорова и С.В. Воликова демонстрируют на эмпирическом материале повышенный риск суицидального поведения в двух полярных группах — у социальных сирот, проживающих в детских домах, и учеников гимназий. В последнем случае подростки проявляли повышенный уровень депрессии, неудовлетворенность своими межличностными отношениями и собой.

Обнаружено, что это связано с высоким уровнем перфекционизма, стремлением учеников соответствовать завышенным социальным стандартам, которые также транслируются родителями. В категории семейных факторов выделяется физическое насилие, резко увеличивающее вероятность суицида, в связи с чем подростки, проживающие в социально неблагополучных семьях, часто сами склонные к девиантному поведению, подвергаются психологической травматизации и имеют высокий риск суицида. С другой стороны, родительский перфекционизм и сосредоточенность на достижениях также является важной семейной дисфункцией, порождающей депрессивные состояния у детей. Среди личностных факторов и форм поведения, которые способствуют развитию у подростков суицидального поведения, выделя-

ются импульсивность, эмоциональная реактивность, высокий уровень социальной тревожности, дезадаптивные копинг-стратегии и перфекционизм. В сфере интерперсональных (микросоциальных) факторов риска значение имеют одиночество, низкий уровень социальной интеграции и социальной поддержки. Для подростков ключевое значение имеют школьная ситуация и отношения со сверстниками и учителями. Различные формы школьной дезадаптации подростка являются первичными признаками риска, на которые следует обратить внимание. Модель, предложенная А.Б. Холмогоровой и С.В. Воликовой, позволяет рассмотреть факторы риска суицидального поведения в единой системе и определить возможности ее практического профилактического использования [7].

К.В. Сыровкашина в описанной ею модели психологического состояния подростка, склонного к суициду, делает акцент на его субъективной сфере. Эмоциональное состояние в период, предшествующий самоубийству, зависит от внутренних и внешних факторов. К внутренним факторам относятся индивидуально-психологические особенности подростка, общие характеристики его мотивационно-смысловой сферы, возрастные свойства, а также состояние психического здоровья или, в случае его наличия, психическое расстройство. Под внешними факторами подразумеваются социальная ситуация развития подростка в ее динамике на протяжении онтогенеза, включая семейное окружение, школу, другие социальные круги и институты, с которыми имеет дело ребенок, а также макросоциальные факторы, правила и ценности, транслируемые через СМИ, в частности, посредством интернета. Как правило, наибольшее значение для понимания суицида имеет та социальная и межличностная ситуация, в которой находится подросток в период, предшествующий смерти. Его эмоциональное состояние и поведение определяются смысловым восприятием ситуации, самого себя и своего будущего. Важным компонентом этой смысловой системы является восприятие смерти как возможного исхода. В качестве существенного внешнего агента в этот период могут также выступать алкоголь и психоактивные вещества, употребляемые подростком и способные исказить субъективную картину происходящего. Суицидальное поведение подростка имеет непосредственную связь с объективными и субъективными компонентами пре-суицидальной ситуации [253].

В завершение, в контексте интегративных динамических концепций суицида, необходимо обратить особое внимание на транзакционную модель развития суицидального поведения у подростков Дж. Бриджа, Т. Голдштейн и Д. Брента [254]. В этой модели возрастное развитие молодого человека подразделяется на два этапа: до и после пубертата. Согласно мнению авторов, до пубертата суицидальное поведение встре-

чается редко, однако именно в это время закладываются его основные предрасположения, к которым относятся биологические (генетические, биохимические и нейрофизиологические) факторы, а также неблагоприятные средовые, прежде всего семейные воздействия. Результатом на постпубертатном этапе являются импульсивная агрессия и депрессия, которые ведут к появлению суицидальных мыслей. Усиливают суицидальные тенденции внешние стрессоры преимущественно межличностного характера. В качестве факторов в начале суицидальных попыток, а затем и завершённого суицида выступают интоксикация ПАВ и информация о суицидах в среде, а также доступность летальных средств. Протективными факторами, препятствующими суицидальному поведению, служат семейные и школьные связи, религиозные и культуральные убеждения о недопустимости самоубийства.

Рассмотренные концептуальные подходы к феномену суицида дают представление о нем как о сложном многофакторном явлении и динамическом процессе и позволяют наметить мишени профилактической работы.

3.2. Интерперсональная модель Т. Джойнера

А.А. Кастальская-Бороздина, Е.Г. Дозорцева

Интерперсональная теория Т. Джойнера (Interpersonal-Psychological Theory of Suicide; IPTS) является первой моделью суицидального поведения, основанной на принципе «от мысли к действию» [255, 256], который, в отличие от традиционного подхода к пониманию суицида, не рассматривает суицидальные мысли и суицидальные попытки как единые конструкты. В рамках своей теории Т. Джойнер обращает внимание на влияние социальной сферы, отмечая, что стремление к уходу из жизни во многом обусловлено именно фрустрацией межличностных потребностей (ощущением собственной обременительности для окружающих, восприятием себя как обузы и нарушением чувства принадлежности к группе). Утрата ощущения принадлежности к социальной группе представляется наиболее значимым предиктором суицидальных мыслей, намерений и попыток [185]. Она концептуализируется как ощущение отчуждения от семьи, друзей или иных значимых социальных кругов и включает два аспекта: одиночество и отсутствие взаимной заботы (т.е. мне не о ком заботиться и обо мне не заботятся, мне не к кому обратиться). Утрата принадлежности рассматривается К. А. Van Orden в рамках данной модели как динамическое когнитивно-аффективное состояние, на которое оказывают влияние меж- и внутриличностные факторы (такие как семейный конфликт, отчужденность, отсутствие социальной поддержки и др.). Следующим ключевым фактором является воспринимаемая обременительность, которая связана с представлением индивида о том, что он является бременем для друзей, семьи и/или общества, при этом оно включает два аспекта: ненависть к себе и ощущение личной ответственности за причиненный окружающим дискомфорт. Воспринимаемая обременительность может стать причиной возникновения негативной репрезентации себя, представлений о собственной несостоятельности, неэффективности, а также лечь в основу возникновения аутоагрессивных тенденций. Ее развитию способствуют такие факторы, как бездомность, отсутствие работы, наличие заболеваний, а также низкая, неадекватная самооценка. Несмотря на предположение о том, что переживание утраты принадлежности к группе, либо собственной обременительности, сами по себе могут вызвать пассивные суицидальные мысли, именно взаимодействие данных конструктов, усугубленные переживанием безнадежности, с высокой вероятностью могут приводить к желанию покончить жизнь самоубийством [185]. Также можно отметить, что переживание любого из рассмотренных выше состояний по отдельности выступает значимой причиной, помышлений о самоубийстве, в то время как одновременное переживание этих состояний предположительно может приводить к активным суицидальным мыслям.

В то же время, согласно Т. Джойнеру [255], стремление избежать боли, травм и смерти является естественной формой поведения и определяется биологическими и эволюционными механизмами. В связи с этим, даже при наличии суицидальных мыслей высокой интенсивности, индивиду очень трудно совершить суицидальную попытку. Ключевым фактором, обеспечивающим возможность реализации суицидального намерения, является приобретенная способность к самоубийству, которая связана со снижением чувствительности к боли, привыканием к страху смерти в результате воздействия жизненного опыта (к примеру, физического и сексуального насилия, несуйцидальных самоповреждений, употребления наркотических веществ, самоубийства значимого близкого, профессионального опыта и любого другого жизненного опыта, в результате которого формируется бесстрашие перед смертью, снижается восприимчивость к боли).

Отвечая на основной вопрос своей работы «Почему люди себя убивают?», Т. Джойнер приходит к следующему выводу: «потому что они хотят и могут это сделать» [255]. Развивая эту мысль, автор подчеркивает, что для реализации суицидального намерения необходимо одновременное присутствие всех компонентов модели, определяющих суицидальные намерения и возможности их реализации (рис. 1): утраты принадлежности к группе, переживания воспринимаемого одиночества и брошенности; восприятия себя как бремени для семьи, близких людей, общества; приобретенной способности к самоубийству.



Рис. 1. Интерперсональная модель суицидального поведения
СМ — суицидальные мысли; СП — суицидальная попытка.

В своей работе Т. Джойнер также уделяет внимание особенностям взаимодействия рассмотренных компонентов модели. При этом отмечается, что они могут оказывать взаимоусиливающее влияние друг на друга. Так, исследователь поясняет, что результатом изоляции может стать повышение толерантности к боли, то есть усиление способности переносить повышенную боль. В то же время поведение, повышающее болевой порог (к примеру, самоповреждающее поведение), способно привести к отчуждению и иметь «отталкивающий» эффект, если будет негативно оцениваться окружающими. В свою очередь, трудности интерперсональных отношений связаны с возникновением чувства собственной обременительности для окружающих, переживанием отчужденности.

Положения модели получили поддержку в ряде эмпирических исследований. Масштабная эмпирическая работа, которая была направлена на тестирование теории Т. Джойнера [257] и проведена с участием 7485 взрослых респондентов, продемонстрировала, что безнадежность выступает центральным фактором в процессе возникновения как суицидальных мыслей, так и суицидальных планов/попыток. Нарушенная принадлежность и воспринимаемая обременительность коррелировали с мыслями о самоубийстве, что, вместе с тем, не было справедливо для группы людей среднего возраста. Также было отмечено, что безнадежность выступает значимым прогностическим фактором суицидальных мыслей, при этом она взаимодействует с показателями воспринимаемой обременительности и нарушенной принадлежности, что согласуется с положениями интерперсональной модели. В то же время отмеченное трехстороннее взаимодействие не оказалось значимым для группы людей 20—40 лет, и это позволило предположить, что в более молодых группах безнадежность усугубляет как нарушение принадлежности, так и обременительность, но что принадлежность и обременительность не являются одновременно необходимыми для повышения интенсивности суицидальных мыслей. Резюмируя, авторы отмечают, что тестирование интерперсональной модели получило неполную, но в основном положительную поддержку.

Согласно интерперсональной теории суицидального поведения, безнадежность по поводу нарушенной принадлежности и воспринимаемой обременительности представляются значимыми факторами суицидального риска. Данное положение получило поддержку в исследовании 173 студентов бакалавриата с суицидальными тенденциями (суицидальные мысли, суицидальные планы, суицидальные попытки) [258].

Авторы исследования интерперсональной модели на выборке подростков [259] обращают внимание на необходимость учета возрастных особенностей при работе с несовершеннолетними. Так, делается предположение, что незрелость префронтальной коры у подростков, непо-

средственно связанная со склонностью к импульсивности, может потенциально вытеснять изложенные Т. Джойнером положения, если суицидальная попытка будет происходить по импульсивному типу. Также важно отметить, что подростковый период развития связан с формированием эго-идентичности [260], возникновением самосознания и представлений о мире [261, 262]. В свою очередь, процесс формирования аспектов идентичности и самосознания связан с изучением нового опыта и активным взаимодействием с окружающей средой, принятием различных социальных ролей [260, 261, 262, 263]. Данные возрастные особенности могут оказывать влияние на интерперсональную сферу и включать частую смену кругов общения по мере изменения общих интересов [263], что создает почву для повышения рисков возникновения ощущения социальной изолированности либо недооцененности, непонятости другими. В то же время, если подросток склонен верить в то, что его мысли и чувства уникальны [264], он может вообразить, что он одинок в своих переживаниях нарушенной принадлежности и воспринимаемой обременительности, что усилит воздействие элементов модели Т. Джойнера и повысит суицидальные риски.

Результаты отмеченного выше эмпирического тестирования интерперсональной теории [259] продемонстрировали высокую согласованность с ее положениями. Воспринимаемая обременительность и нарушенная принадлежность были независимо ассоциированы с актуальными суицидальными мыслями. В то же время нарушенная принадлежность из-за воспринимаемой обременительности незначительно различалась в группе подростков с пассивными и активными суицидальными мыслями. Согласно полученным данным, приобретенная способность к самоубийству была связана с недавним суицидальным намерением.

Современные исследования также демонстрируют, что воспринимаемая обременительность в группе подростков выступает в качестве более значимого предиктора суицидальных мыслей и поведения, чем нарушенная принадлежность [265, 266, 267, 268]. При этом, как отмечается в литературе, воспринимаемая обременительность напрямую предшествует суицидальным мыслям, в то время как нарушенная принадлежность оказывает опосредованное влияние через другие факторы, такие как симптомы депрессии или тревоги [267, 268].

Теория семейных систем подчеркивает вклад семьи в возникновение психического неблагополучия [269]. Поскольку родители остаются ключевыми фигурами в социализации детей и подростков, их поведение во многом определяет то, как несовершеннолетние воспринимают себя [270]. Данное представление легло в основу ряда исследований семьи как значимого контекста формирования воспринимаемой обременительности, которые будут рассмотрены ниже. Предполагается, что воспри-

нимаемая обременительность представляет собой ложное, искаженное восприятие реальности, что отчасти является результатом депрессивного когнитивного стиля мышления, в особенности в клинической выборке [271, 185], в то же время некоторые авторы рассматривают ее как реакцию на межличностные стрессоры, среди которых можно выделить обесценивающее поведение родителей, отсутствие поддержки с их стороны, негативные родительские послания (как прямые, так и косвенные), в результате которых у несовершеннолетних может появляться ощущение собственной ненужности близким [372, 273, 274]. Так, в исследовании связи между суицидальными мыслями и особенностями поведения родителей (теплота, вербальная враждебность), проведенном на клинической выборке 147 подростков [275], было продемонстрировано, что воспринимаемая обременительность является значимым медиатором связи между низкими показателями родительской теплоты и повышенными значениями родительской вербальной враждебности с возникновением суицидальных мыслей, однако авторы подчеркивают, что результаты оказались справедливы лишь для несовершеннолетних с выраженными нарушениями.

В другом исследовании воспринимаемой обременительности на клинической выборке подростков [268] было показано, что она является значимым фактором, связанным с риском суицидальных мыслей, в то время как нарушение чувства принадлежности ассоциировано с увеличением тяжести симптомов депрессии, что является опосредующим фактором, предопределяющим суицидальные мысли. В то же время не все исследования демонстрируют согласованность компонентов интерперсональной модели, что позволяет признать ее действенность лишь отчасти [246].

3.3. Интегративная мотивационно-волевая модель Р. О'Коннера

А.А. Кастальская-Бороздина, Е.В. Борисенко

Интегративная мотивационно-волевая модель Р. О'Коннера (Integrated motivational-volitional model of suicidal behavior; IMV) представляет собой трехчастную модель диатез-стресса, которая стремится объяснить пути развития суицидального поведения [276, 277]. Согласно рассматриваемой теории, суицидальное поведение является результатом сложного взаимодействия ряда факторов. Суицидальное намерение, в свою очередь, рассматривается в качестве ведущего предиктора реализации суицида.

В модели выделяются три основные фазы формирования суицидального поведения (рис. 2): домотивационная (фоновые факторы, провоцирующие события и др.), мотивационная (развитие суицидальных мыслей и намерений) и волевая (суицидальная попытка) [277, 246]. Домотивационная фаза представлена биопсихосоциальным контекстом (к примеру, социальное неблагополучие, психотравмирующие, провоцирующие жизненные события), который определяет уязвимость индивида и в условиях которого может происходить формирование суицидального дистресса. Диатезы принимают форму биологических, генетических или когнитивных факторов уязвимости, либо индивидуальных особенностей, ассоциированных с суицидальными рисками. Так, предполагается, что социально предписанный перфекционизм повышает вероятность того, что человек может почувствовать себя побежденным при возникновении межличностного кризиса (повышенная чувствительность к негативным сигналам в окружающей среде) [277]. Неблагоприятные события, происшедшие на любом этапе жизни индивида, также сопряжены с повышением суицидального риска наряду с особенностями среды (к примеру, социальные изменения, экономические спады и др.). Согласно модели, отдельные факторы уязвимости связаны с риском возникновения суицидальных мыслей в ситуации их активации стрессорами. В сочетании с острыми или хроническими жизненными стрессорами эти факторы повышают вероятность развития неблагоприятной, острой психологической реакции на стресс. Данный механизм составляет основу домотивационной фазы.

Следующая за ней мотивационная фаза описывает процесс формирования суицидальных мыслей и намерений. Согласно модели, предполагается, что намерение покончить жизнь самоубийством определяется ощущением «ловушки», развивающимся на фоне переживания жизненных неудач, поражений или унижений, при этом самоубийство воспринимается как единственный способ выхода из трудной, стрессо-



Рис. 2. Интегративная мотивационно-волевая модель

вой жизненной ситуации. Так, актуализировать переживания поражения или унижения могут трудности в межличностных отношениях (потеря значимого близкого, отчужденность, трудности вхождения в группу). Р. О'Коннер подчеркивает, что ряд факторов может повышать остроту реагирования на неудачи, среди которых уже рассмотренный нами ранее социально предписываемый перфекционизм, а также депрессивный стиль мышления и т.п. По своей природе «ловушка» может быть внутренней («ловушка» болезненных переживаний, вызванных внутренними мыслями и чувствами) или внешней (связана с мотивацией избегания тревожащих событий, переживаний, связанных с окружающей средой). Данная концепция во многом сходна с теорией «блокированного бегства» У. Поллока [278], согласно которой ощущение попадания в ловушку может формироваться в стрессовой ситуации, когда индивид не видит возможных путей преодоления трудностей, не ожидает, что кто-либо может оказать ему помощь, что его положение может измениться в лучшую сторону. Предложенная J.M.G. Williams «модель крика боли» (The cry of pain hypothesis) также подчеркивает значимость переживания индивидом собственных неудач, ощущения загнанности в угол (ловушку), чувства безнадежности в развитии суицидальных мыслей и намерений.

Существенную роль в продвижении от мотивационной фазы к реализации суицидального поведения, а также между этапами мотивационной фазы, играют модераторы (т.е. факторы, которые облегчают или препятствуют перемещению между стадиями) (рис. 2). Так, эффективные навыки совладания с трудностями могут смягчать связь между чувством поражения и ощущением попадания в ловушку, в то время как неадаптивные копинг-стратегии, например склонность к избегающему поведению, связаны с повышением вероятности возникновения негативных

переживаний и способствуют дальнейшему развитию суицидального кризиса (модераторы совладания) [277, 279, 276]. Переход к суицидальным мыслям и намерениям от чувства ловушки определяется мотивационными модераторами, способными оказать негативное или протективное воздействие (позволяют увидеть альтернативные варианты выхода из трудной жизненной ситуации, способы совладания с ней; поддерживают позитивное мышление, снижают интенсивность боли). Так, существенное положительное влияние может оказать группа социальных факторов, к примеру социальная поддержка, чувство принадлежности к социальной группе, иные значимые связи. В литературе представлены данные о связи суицидальных мыслей с неадаптивными стратегиями регуляции эмоций [280]. В то же время можно отметить дефицит исследований, проясняющих сам механизм формирования суицидальных мыслей под воздействием неэффективных копинг-стратегий регуляции эмоций в рамках интегративной мотивационно-волевой модели.

Последняя, волевая, фаза характеризует переход от суицидальных мыслей и намерений к реализации суицидального поведения. Значимыми волевыми модераторами здесь выступают: способность совершить суицид, импульсивность, доступность средств для реализации суицидальных намерений, суицид других людей в ближайшем окружении (увеличивает вероятность, что индивид имитирует суицидальное поведение близкого либо интериоризирует представление о суицидальной попытке как возможном выходе из стрессовой, затруднительной ситуации), деструктивные представления о самоубийстве (романтизация, восхваление и др.). Также, согласно модели, индивид, у которого уже есть подробный план самоубийства, с большей вероятностью предпримет суицидальную попытку в сравнении с теми, у кого планы отсутствуют. Отдельный интерес представляют мысленные образы о самоубийстве (flash forwards), которые описываются Р. О'Коннером как форма когнитивной репетиции поведения, что, в свою очередь, также связано со значимыми рисками перехода от суицидальных мыслей к действию.

Последние исследования Р. О'Коннера с коллегами [281] позволили расширить понимание потенциальной роли одиночества в процессе развития суицидального поведения. В контексте понимания концептуальной связанности рассматриваемого феномена с нарушением чувства принадлежности и низкой социальной поддержкой, характер действия одиночества сравним с действием мотивационных модераторов. Кроме того, было продемонстрировано, что показатель одиночества связан с усилением чувства загнанности в ловушку у лиц, сообщивших о чувстве незначительного поражения. Исходя из вышесказанного, исследователи подчеркивают необходимость оценки воспринимаемого одиночества у лиц, не сообщивших о переживании чувства поражения, что может спо-

способствовать повышению эффективности при разработке терапевтического плана и снижению вероятности рецидива.

Также в рамках представления интегративной мотивационно-волевой модели О'Коннер с соавторами выдвигают гипотезу о дифференциальной активации, согласно которой переживание дистресса индивидом приводит к формированию ассоциации между чувством дистресса и суицидальными мыслями. С каждым последующим эпизодом дистресса его связь с суицидальными мыслями будет усиливаться, при этом повысится вероятность ее активации в будущем. Исходя из данного положения предполагается, что сформировавшиеся связи будут оставаться бездействующими до тех пор, пока не будут активированы негативным настроением или стрессом, даже если индивид длительное время не испытывал негативных переживаний [277]. Однако данное положение требует эмпирической проверки.

Интегративная мотивационно-волевая модель Р. О'Коннера является теоретической основой для многих эмпирических исследований. Она позволяет выявить различия между подростками со склонностью к самоповреждающему поведению и теми, кто такие действия реализует. В исследовании студентов колледжа не было обнаружено различий между теми, кто сообщал о суицидальных мыслях, и теми, кто пытался покончить с собой по переменным мотивационной фазы, однако отличия выявлялись по переменным волевой фазы [282].

Исследование компонентов мотивационной фазы показало, что ощущение ловушки и попытки самоубийства в прошлом были единственными предикторами повторной госпитализации. Результаты многих исследований говорят о связи между ощущением ловушки и неудачами и лишениями. Owen et al. обнаружили, что неудачи и лишения предшествовали возникновению суицидальных мыслей через ощущение ловушки при четырехмесячном наблюдении в выборке лиц с биполярным расстройством. Wetherall et al. также обнаружили, что ощущение ловушки опосредовало взаимосвязь между неудачами и лишениями и суицидальными мыслями.

Повышенный уровень неудач и лишений, ощущения ловушки и суицидального поведения также был обнаружен у лиц с травмой и диагнозом посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) по сравнению с лицами, пережившими травму, но без диагноза ПТСР. Более того, неудачи и лишения и ощущение ловушки опосредуют взаимосвязь между симптомами ПТСР и суицидальным поведением [283].

В рамках интегративной мотивационно-волевой модели предполагается, что предмотивационные факторы, такие как социально предписываемым перфекционизм, приводят к развитию чувства поражения, и в исследовании Wetherall et al. [284] взаимосвязь между социально пред-

писанным перфекционизмом и неудачами и лишениями была частично опосредована негативными социальными сравнениями. Предполагается, что такое восприятие своего более низкого социального положения и неблагоприятные сравнения себя с другими впоследствии ассоциируются с чувством неудачи, лишения и ощущением ловушки.

В еще одном исследовании изучались взаимосвязи между факторами риска и переменными из шкалы Бека (Шкалы суицидальных мыслей). Результаты показали, что суицидальное поведение имеет значимую связь с переменными волевой фазы, такими как контроль над действиями и активное планирование. В то же время такие факторы, как причины для жизни и желание жить (факторы мотивационной фазы), были более отдаленными предикторами [285].

Противоречивость эмпирических данных, многофакторность возникновения суицидальных мыслей и поведения не позволяют использовать Интегративную мотивационно-волевую модель Р. О'Коннера в ее нынешнем виде для оценки такого риска. Представляется наиболее перспективным выявление индивидуально специфичных профилей или подтипов, которые помогут в разработке индивидуальных планов вмешательств для конкретных групп.

3.4. Теория суицида Э. Д. Клонски

А.А. Кастальская-Бороздина, А.А. Федонкина

Авторы ряда современных подходов к исследованию суицидального поведения выделяют необходимость дифференциации факторов, обуславливающих возникновение суицидальных мыслей, и факторов, связанных с суицидальными действиями. В рамках «теории трех шагов» Э. Дэвида Клонски и Алексиса М. Мэя (Three-Step Theory — 3ST) возникновение суицидальных мыслей и переход к их реализации рассматриваются как разные процессы, каждый из которых имеет свои специфические условия развития [286]. При этом очередность трех шагов определяется не хронологическим, а логическим порядком, когда каждый последующий шаг имеет значение только в том случае, если выполняются условия предыдущего [287]. Так, согласно модели, на первый план выходят факторы, приводящие к возникновению суицидального желания (связанные с первым шагом), поскольку они определяют наличие или отсутствие суицидальных мыслей, вне зависимости от условий второго и третьего шага. Кроме того, специфические условия для последующих этапов зачастую могут присутствовать до первого шага и возникновения суицидальных мыслей (к примеру, наличие факторов, определяющих способность к самоубийству).

Первый шаг связан с возникновением суицидальных мыслей (рис. 3). Специфическим фактором здесь выступает переживание боли, которая может быть обусловлена различными стрессорами (к примеру, межличностными конфликтами, разрывом романтических отношений, хроническими и неизлечимыми заболеваниями, увольнением и др.). Боль может быть как психологического или эмоционального характера, так и непосредственно происходить от физических страданий. Ее причины крайне разнообразны и будут различаться в зависимости от культурного контекста, жизненного опыта, пола, возраста, а также множества индивидуальных особенностей. При этом важно учитывать не только присутствие боли, но и отношение к ней самого индивида (воспринимается ли она как невыносимая). Как поясняют авторы, постоянное переживание боли может снизить желание жить. В то же время необходимым условием возникновения суицидального желания является не только наличие боли, но и отсутствие надежды на улучшение ситуации, когда суицид может рассматриваться как единственно верный и возможный выход. Именно сочетание боли с чувством безнадежности необходимо для возникновения суицидальных мыслей. Данное положение подтверждается рядом эмпирических исследований, в том числе проводимых с участием несовершеннолетних [288, 289]. Так, на выборке госпитализированных подростков с высокими показателями склонности к суициду было проде-

монстрировано, что переживание боли и чувства безнадежности является наиболее распространенным мотивом суицидальных попыток [290].



Рис. 3. Модель трех шагов

Важно отметить, что в своих последних работах [287] наиболее релевантной формой суицидальных мыслей для первого и второго шага Э. Д. Клонски и А. М. Мэй признают суицидальное желание, являющееся непосредственным показателем стремления к самоубийству, в то время как планирование и подготовка к суициду в большей степени соответствуют третьему шагу.

Усиление суицидального желания на втором шаге возможно в ситуации, когда интенсивность переживания боли превышает или подавляет связанность с окружающим миром (рис. 3). При этом Э. Д. Клонски и А. М. Мэй дают определение понятию «связи» в широком смысле, поскольку оно включает не только интерперсональные отношения с окружающими людьми, но и привязанность к домашним питомцам, работе, значимость для индивида его социальной роли, увлечений, ценностей, смыслов и др. [287]. Значимые связи препятствуют усилению интенсивности суицидальных мыслей, обеспечивают тягу к жизни, в то время как боль определяет стремление к уходу из нее. Эти связи способны защи-

щать от развития суицидальных мыслей людей с высокими суицидальными рисками. Как отмечают авторы, при отсутствии значимых связей переход на второй шаг будет выполняться каждый раз при одновременном переживании боли и безнадежности. Также важно учитывать, что на фоне переживания боли чрезвычайно высокой интенсивности, способность взаимодействовать с окружением, а также значимость связей могут подавляться.

Согласно положениям модели, переход от мыслей о самоубийстве к реализации суицидальной попытки на третьем шаге обусловлен рядом факторов, связанных со способностью к совершению суицида (рис. 3). При этом важно отметить, что Э. Д. Клонски и А. М. Мэй расширили концепцию Т. Джойнера о способности к самоубийству, выделив в ней несколько категорий [286]:

а) Приобретенная способность к самоубийству, впервые описанная Т. Джойнером [255], является результатом преодоления естественных страхов боли, травм и смерти через жизненный опыт (к примеру, несудимые самоповреждения, переживание физического или сексуального насилия, работа в сфере медицины и др.).

б) Способность к самоубийству, обусловленная диспозиционными особенностями, снижающими неприязнь к причинению себе повреждений, боли и смерти. К данной группе относятся генетические и личностные факторы, а также особенности темперамента, среди которых можно выделить нейротизм и сниженную чувствительность к боли. Из вышесказанного следует, что такие особенности, как высокая восприимчивость боли, отвращение к крови и травмам, могут снижать склонность к самоубийству.

в) Группа факторов, влияющих на практическую возможность реализации суицидальных намерений, к которым относятся легкий доступ к средствам суицида, а также доступ к информации о способах самоубийства, владение специальными знаниями (к этой группе могут относиться, к примеру, военные и медицинские работники).

В то же время для перехода суицидального желания в попытку необходима достаточная выраженность хотя бы одной из форм способности к самоубийству.

При освещении своей «теории трех шагов» Э. Д. Клонски и А. М. Мэй подчеркивают, что, несмотря на акцент на определенных индивидуально-психологических условиях, релевантных каждому из шагов, модель учитывает весь спектр биологических, психологических и социальных детерминант суицидального поведения [287]. Так, исследователи ожидают, что любой фактор будет влиять на риск самоубийства в той степени, в которой он будет влиять на возникновение и интенсивность переживания боли, безнадежности, поддержания или утраты значимых связей,

а также способность к совершению суицида. Данное положение иллюстрируется примером снижения интенсивности суицидального желания после фармакологического вмешательства: при снижении выраженности симптомов депрессии будет происходить уменьшение интенсивности психологической боли, что с большой вероятностью может привести к усилению надежды на выздоровление и восстановлению способности взаимодействовать с окружающим миром, источниками значимых связей. Аналогичным образом можно рассматривать также потенциальный вклад социологических и иных психологических факторов. В целом, исследователи резюмируют, что модель позволяет помочь систематизировать бесчисленные переменные, связанные с риском самоубийства, а также построить гипотезы в конкретных ситуациях, позволяющие объяснить увеличение или уменьшение суицидального риска, что имеет свою высокую практическую, профилактическую значимость.

Ряд работ подтверждают центральные положения теории [291, 292]. Подход Э. Д. Клонски и А. М. Мэя предполагает, что любое вмешательство — независимо от типа (например, медикаментозное лечение или психотерапия) или уровня (например, индивидуальное или общественное) — будет успешным в той степени, в которой оно уменьшает боль, увеличивает надежду, улучшает связь и/или снижает число самоубийств. Результаты ряда исследований подтверждают обоснованность и прогностическую ценность гипотез «трех шагов», связанных с суицидальным желанием. Например, шаги 1 и 2 полезны для концептуализации риска самоубийств и их предотвращения [293]. На третьем этапе ключевой в переходе к суицидальной попытке является возможность совершить суицид. «Теория трех шагов» может быть полезна для оценки рисков и принятия мер.

Раздел 4. Психосоциальные факторы суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах

4.1. Эвристический потенциал концептуального аппарата культурно-исторической психологии в исследованиях суицидального поведения

А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина

По информации Следственного комитета России, число детских суицидов в 2021 году составило 753 случая. Это на 37,4% больше по сравнению с 2020 годом. По данным СКР, которые приводятся в докладе уполномоченного по правам ребенка Марии Львовой-Беловой, с 2019 года по 2021-й число попыток суицида среди несовершеннолетних увеличилось на 13% — с 3253 до 3675 случаев. Число повторных попыток возросло на 92,6% (со 188 до 362 случаев). Это побуждает нас уделить особое внимание факторам риска повторных попыток или хронификации суицидального поведения [294].

В 2022 году количество самоубийств среди российских детей снизилось почти на 10% в сравнении с предыдущим годом, сообщает в докладе уполномоченный при президенте РФ по правам ребенка Мария Львова-Белова со ссылкой на данные Следственного комитета РФ. При этом в документе отмечается, что число суицидальных попыток среди несовершеннолетних растет. Среди причин упоминается недостаточная укомплектованность психологической службы в системе образования. Как отмечается в докладе, в 2021—2022 годах численность школьников на одного педагога-психолога в среднем составила 607 человек, что не соответствует рекомендованному нормативу в 300 учащихся. Среди основных причин попыток самоубийства в докладе называются: *отсутствие взаимодействия в семье, конфликты с родителями, психические расстройства, ссоры со сверстниками, недовольство внешностью, проблемы с обучением, а также влияние «противоправной информации в интернете».*

Наибольшее количество попыток среди несовершеннолетних приходится на подростковый возраст, поэтому особенно остро стоит вопрос изучения факторов риска суицида в подростковом возрасте. При этом изучение отдельных факторов суицидального поведения мало продвигает специалистов в проблеме диагностики риска суицида и его профилактики в каждом индивидуальном случае. Л.С. Выготский предложил системный подход к изучению развития, выдвинув понятие социальной

ситуации развития. Ученый определил ее как особое сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, которое является типичным для каждого возрастного этапа и обуславливает динамику психического развития на протяжении соответствующего возрастного периода и новые, качественно своеобразные психологические образования, возникающие к его концу [295].

Подростки пытаются найти свое место и интерес в жизни, для них особенно важно признание со стороны сверстников, они пытаются осмыслить и понять себя и других людей, поэтому отношения с окружающими играют исключительно важную роль в этот период. Интенсивно формирующаяся в этот период система представлений о себе, о других людях, о своем будущем во многом определяет эмоциональное состояние подростка и вероятность возникновения суицидальных мыслей и намерений. Таким образом, очень важна для нормального развития и психологического благополучия в подростковом возрасте поддержка со стороны ближайшего социального окружения субъектности подростка — его личных интересов, конструктивной активности в учебе и в отношениях с людьми, чувства принадлежности к принимающему сообществу и становление у него перспективы будущего. Становление и развитие идентичности и самооффективности подростка является важной альтернативой диффузной идентичности и выученной беспомощности, которые выступают важнейшими предикторами депрессивных, тревожных состояний и тесно связанного с ними суицидального поведения.

Каковы же условия нормального развития, то есть становления устойчивой идентичности и высокой самооффективности детей и подростков как важнейших факторов, защищающих от эмоционального неблагополучия и суицидального риска? Важнейшие механизмы этого процесса описаны в системе принципов и понятий культурно-исторической психологии (далее КИП). Среди них особое место принадлежит понятию зоны ближайшего развития (далее ЗБР). Именно сотрудничество со взрослым в зоне ЗБР, согласно Л.С. Выготскому, способствует развитию и благополучию ребенка.

Операционализация этого понятия для повышения возможностей использования в педагогической и психологической практике была предложена В.К. Зарецким. Это *многовекторная модель ЗБР*, которая в настоящее время активно используется в практике помощи детям и взрослым [296, 297, 298]. В.К. Зарецкий и А.Б. Холмогорова [298] рассмотрели его важность для эффективной психологической, педагогической и психотерапевтической помощи учащимся. Особенно важна согласованность представлений о необходимости сотрудничества в зоне ЗБР, что является необходимым условием эффективной помощи ребенку со стороны всех задействованных в этом специалистов. Л.С. Выготский распространил

понятие ЗБР не только на когнитивные функции, но и на развитие личности ребенка в целом, т.е. понимал его достаточно широко [299]. Он также сформулировал тезис о том, что «один шаг в обучении может означать сто шагов в развитии» [300, с. 230]. При разработке своей многовекторной модели ЗБР В.К. Зарецкий логично предположил, что шаг, который делает ребенок в учебной деятельности, вызывает к жизни процессы развития по разным «векторам» или измерениям: 1) в сфере отношения ребенка к учебной деятельности повышается субъектность ученика, его активная позиция при столкновении с учебными трудностями, способность справляться с проблемами и вера в свою самоэффективность; 2) в сфере способности к осмыслению своей деятельности — развивается его способность к рефлексии; 3) в сфере личностной — изменяется отношение ребенка к ошибкам как к чему-то позорному и недопустимому, снижается перфекционизм в качестве деструктивной личностной черты и т.д.; 4) в сфере когнитивной — повышается готовность к принятию новых заданий, снижается страх перед новым опытом.

Таким образом, в процессе взаимодействия со взрослым в рамках ЗБР ребенок приобретает важный опыт совместного преодоления учебных трудностей, который может быть им осмыслен и преобразован в способы «преодоления трудностей вообще» [296]. Может меняться и отношение к людям, открываться возможность обращения за помощью, складывается иное отношение к будущему, в котором мечты могут стать реальностью, а применительно к травмам прошлого опыта растет возможность их рефлексивного осмысления и преодоления. В своем теоретическом анализе В.К. Зарецкий и А.Б. Холмогорова делают вывод, что педагогические, психологические и психотерапевтические аспекты оказания помощи тесно переплетены. Авторы обращаются к понятию проблемного эпицентра — центральной проблеме, от преодоления которой зависит развитие по другим векторам. Это может быть, например, страх ошибки и выраженный перфекционизм. Аналогом эпицентра у Л.С. Выготского можно считать центральное новообразование школьного возраста, которое он называл «центральным нервом», «осью», вокруг которой вращаются все остальные процессы. Но при этом он подчеркивал, что «между процессом развития и процессом обучения устанавливаются сложнейшие динамические зависимости, которые нельзя охватить единой, наперед данной, априорной умозрительной формулой» [301].

Особое значение в этой модели приобретают векторы субъектности и рефлексии. Вектор субъектности означает способность человека быть субъектом осуществления собственной деятельности и ее рефлексии [302, 303]. Ребенок в субъектной позиции по отношению к своей деятельности начинает активно включаться в процесс преодоления трудностей, опираясь на помощь взрослого, используя ее, но и проявляя собственную

инициативу. Если ребенок не может сделать чего-то сам, но способен понять, как это получается сделать совместно со взрослым, то такая деятельность доступна ребенку и находится в его ЗБР. Если предложить ребенку действовать за пределами «верхней границы» зоны ближайшего развития, где находится область «актуально недоступного» (т.е. не хватает ресурсов), то ребенок не сможет воспользоваться этой помощью, а проблемы не только не будут решены, но могут усугубиться вплоть до развития синдрома «выученной беспомощности». Напротив, при адекватной помощи взрослого ребенку последний, в ходе рефлексии своей совместной деятельности со взрослым, осознания и интериоризации ее средств, поступательно наращивает свой ресурс. Соответственно, те проблемы, преодоление которых не было доступно сначала, постепенно становятся предметом совместной деятельности и могут быть успешно разрешены.

Действительно, при работе с конкретным ребенком может выясниться, что его эпицентр связан вовсе не с новообразованиями возраста, а с его историей обучения, особенностями ситуации в семье, опытом интерперсональных отношений или переживанием проблемных ситуаций. И тогда предмет работы может сместиться из плоскости учебной трудности или центрального новообразования возраста в любую из других плоскостей развития, в которой образовалась «блокада», сдерживающая развитие в целом.

Взаимовлияние разных векторов развития можно проиллюстрировать на примере исследований, выявивших тесную связь позиции ребенка в учебной деятельности с его субъективным психологическим благополучием [302], а также уровнем развития его эмпатических способностей [304]. Предложенная многовекторная модель [296, 305, 306, 307] открывает возможность применения понятия зоны ближайшего развития в ситуациях не только учебных трудностей в детском возрасте, но и в широком спектре проблемных ситуаций, которые человек (как ребенок, так и взрослый) не может преодолеть самостоятельно, без посторонней помощи.

Хотя по данным ЮНИСЕФ Россия занимает первое место по количеству суицидов среди подростков и молодежи, в нашей стране до сих пор отсутствуют масштабные программы профилактики суицидального поведения у подростков и молодежи. Важнейшей частью таких программ должны стать профилактика и своевременное выявление расстройств аффективного спектра у школьников и студентов, включающих как клинические состояния в виде депрессивных и тревожных расстройств, так и субклинические состояния эмоциональной дезадаптации. Не менее важным является наличие специальных служб и профессионалов, которые способны оказать высококвалифицированную помощь детям, на-

ходящимся в состоянии дезадаптации, а также (что нередко еще более важно) провести необходимую работу с родителями и педагогами.

На основе идей Л.С. Выготского о роли социального окружения и интерперсональных отношений в психическом благополучии сотрудниками кафедры клинической психологии и психотерапии факультета Консультативной и клинической психологии МГППУ разработана *многофакторная психосоциальная модель расстройств аффективного спектра* [308, 309], включающая четыре блока факторов возникновения и течения этих расстройств: 1) макросоциальные; 2) семейные; 3) личностные; 4) интерперсональные. К расстройствам аффективного спектра относятся состояния эмоциональной дезадаптации, депрессивные и тревожные расстройства, а также расстройства пищевого поведения (далее РПП). Именно перечисленные расстройства согласно данным ВОЗ и многочисленным исследованиям наиболее тесно связаны с суицидальным поведением.

Данная многофакторная психосоциальная модель послужила концептуальной основой для большого количества популяционных и клинических исследований и доказала свою эвристичность для изучения факторов расстройств аффективного спектра и тесно связанного с ними суицидального поведения. Эти исследования подробно описаны в серии публикаций. Итоги исследований, проведенных в первом десятилетии XXI века, обобщены в совместной статье А.Б. Холмогоровой и С.В. Воликовой «Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра» [7]. Коротко рассмотрим каждый из четырех блоков факторов.

1. Макросоциальные факторы

Согласно международным данным по исследованию макросоциальных факторов риска суицидального поведения [310] к важнейшим из них относятся: 1) доступность средств сведения счетов с жизнью (ружей, отравляющих веществ и т.д.); 2) широкое обсуждение в средствах массовой информации случаев суицида, что может приводить к «нормализации» такого способа решения проблем; 3) доступность информации о способах самоубийства, что в современном мире становится особенно большой проблемой в связи с появлением интернета (около десяти специальных русскоязычных сайтов посвящено суицидам с подробным описанием различных способов и возможностью найти себе партнера); 4) социально-экономические кризисы и другие социальные стрессы, увеличивающие число семей с тяжелым материальным положением и безработицу; 5) уровень потребления алкоголя и наркотиков в обществе и их доступность; 6) система ценностей, доминирующих в обществе, на-

пример, культ успеха и пропаганда нереалистичных стандартов счастья и успеха; 7) для такой большой страны, как Россия, следует подчеркнуть высокую вариативность показателей суицидов в зависимости от региона, что тоже требует специальных исследований.

Обобщая различные исследования, можно добавить к уже перечисленным следующие макросоциальные факторы суицидального поведения в современной культурно-исторической ситуации: 1) гендерные и возрастные факторы; 2) фактор поколения и исторических обстоятельств; 3) отсутствие налаженной системы раннего выявления детей и подростков в состоянии эмоциональной дезадаптации и оказания им помощи, направленной на нормализацию социальной ситуации развития ребенка, а также квалифицированной помощи тем, кто уже совершил суицидальную попытку, — т.е. наличие программ первичной, вторичной и третичной профилактики суицидов в школах и психологических центрах.

2. Семейные факторы

Семья и отношения в ней являются важнейшими факторами социальной ситуации развития ребенка. На сегодняшний день доказана важность многих негативных семейных факторов в риске суицида у подростка. Это прежде всего: 1) утрата близких; 2) тяжелое материальное положение семьи; 3) физическое насилие и жестокое обращение в семье; 4) высокий уровень критики и другие коммуникативные дисфункции, которые ведут к снижению способности к саморегуляции и ощущения безопасности у ребенка. В крайних случаях систематического унижения и отвержения в настоящее время принято говорить об эмоциональном насилии, которое тесно связано с суицидальным риском.

Важную группу риска по суицидальному поведению представляют собой дети из социально неблагополучных семей. Насилие в семьях и жестокое обращение с детьми остается серьезной проблемой для России.

Однако насилие далеко не всегда становится настолько явным, что приводит к лишению родительских прав. Существует много форм скрытого насилия и жестокого обращения. Специального рассмотрения заслуживают подростки, проживающие в социально-неблагополучных семьях, среди них особую группу составляют подростки с девиантным асоциальным поведением. Важно отметить, что у этой группы подростков очень высок уровень психической травматизации в семье, что само по себе резко повышает уровень суицидального риска. При этом тяжелые эмоциональные состояния у них нередко маскированы защитными механизмами и проявляются в виде высокого уровня агрессии, что делает их крайне трудными в контакте со сверстниками и педагогами. Как правило, учителя оказываются не подготовленными к работе с такими детьми и могут своим неправильным поведением провоцировать у них

различные эмоциональные срывы, которые, в свою очередь, могут приводить и к суицидальным попыткам. Исследования с помощью «Опросника детской депрессии» Ковак не выявили у этих детей значительного повышения показателя депрессии по сравнению с учениками из обычных школ. На вопрос о суицидальных мыслях и намерениях они также часто отвечают отрицательно. Однако именно у этих детей агрессия может являться важным механизмом защиты от тяжелого эмоционального состояния. Важно отметить, что ведущим фактором уровня агрессии у этих детей выступает страх отвержения и различные аспекты неблагополучия в их школьной и семейной ситуации [311, 312]. Так, на основании данных регрессионного анализа было установлено, что особо важную роль в уровне агрессии у этих детей играет жестокое обращение и враждебность со стороны родителей, т.е. агрессия взрослых порождает детскую агрессию. Однако, как показывают современные исследования, которые будут рассмотрены в специальном разделе, эмоциональное насилие в виде постоянного унижения ребенка может быть не менее опасным фактором риска суицидального поведения, чем физическое насилие в семье. В рамках последних тенденций в классификации психических расстройств наряду с ПТСР принято выделять так называемое комплексное ПТСР, в котором к симптомам ПТСР добавляется крайне негативный образ себя, трудности межперсональных отношений и саморегуляции.

3. Личностные факторы

Как уже говорилось, различные формы психического неблагополучия подростка, в первую очередь депрессивные состояния, чувство безнадежности, высокий уровень стресса, а также различные характерологические отклонения, расстройства пищевого поведения, хронические заболевания и травмы, особенно связанные с изменением внешности, создают повышенную угрозу суицида.

Важно выделить и изучать те личностные черты и формы поведения, которые предрасполагают подростков к суицидальному поведению.

В ряде западных исследований лиц с антисоциальным поведением у части из них был выявлен повышенный суицидальный риск [313]. Эта часть отличалась сочетанием таких черт, как высокая импульсивность и высокая эмоциональная реактивность. В Москве в свое время были созданы, но, к сожалению, позднее закрыты специальные школы для подростков с девиантным поведением. В этих школах работало много психологов, была небольшая наполняемость классов и большие возможности для внеклассных занятий по интересам, т.е. созданы условия для реабилитации детей, многие из которых проживали в социально неблагополучных семьях. Также показано, что личностные черты, характерные для пограничного личностного расстройства, — зависимость, враждеб-

ность, импульсивность, — также создают высокий риск суицидального поведения и являются важной мишенью психологической помощи.

Наконец, связь такой деструктивной личностной черты, как перфекционизм, с суицидальным поведением у подростков стала предметом многочисленных исследований. В исследованиях детского перфекционизма, так же как и у взрослых, были получены положительные корреляционные связи показателей перфекционизма и суицидальных мыслей и намерений. Об этом говорят исследования Stephens [314], Hankin [315], Hewitt, Newton, Flett, Callander [316], Fehon et al. [317] и др. В основном эта связь выявляется при обследовании подростков — пациентов психиатрических клиник. Практически все указанные исследования (в которых использовалась шкала CAPS) выявляют более сильную связь суицидальных мыслей и поведения с социально предписываемым перфекционизмом. Hewitt, Newton, Flett, Callander [318] показали важную роль таких факторов, как самокритицизм, безнадежность и несостоятельность в формировании суицидальных тенденций у подростков. Ощущение безнадежности и несостоятельности связано с перфекционизмом.

Специфичным для студентов с устойчивой суицидальной направленностью также оказались очень высокие показатели социальной тревожности и таких дезадаптивных копинг-стратегий, как «психическое избегание» и «вентилирование эмоций» [318]. Это дает основания рассматривать их как важные мишени психологической помощи данному контингенту и профилактики суицидов. Стоит отдельно выделить такой важный фактор дезадаптации, как неэффективные поведенческие и когнитивные стратегии совладания со стрессом, которые также будут рассмотрены в специальном разделе.

4. Интерперсональные (микросоциальные) факторы

Характер отношений с другими людьми тесно связан с суицидальным поведением. К важнейшим факторам суицидального риска согласно международным обзорам [310] относятся: 1) низкий уровень социальной интеграции; 2) одиночество и узкая социальная сеть; 3) низкий уровень социальной поддержки; 4) травля и буллинг.

В эту группу факторов для подростков включается прежде всего их школьная ситуация и отношения, которые у них складываются с учителями и сверстниками. Проблемы в отношениях со сверстниками коррелируют с наличием суицидальных мыслей у подростков

Важной мишенью профилактики суицидов можно также считать различные формы школьной дезадаптации. Опыт применения опросника «Школьная ситуация» в исследованиях факторов школьной дезадаптации показывает, что процент детей с различными психическими отклонениями, депрессивными симптомами, неудовлетворительными

отношениями с учителями и сверстниками гораздо выше среди детей, систематически прогуливающих занятия [319]. *Так, среди «прогульчиков» 92% детей определили свои отношения с учителями как «плохие».* Они также испытывали больше трудностей в учебе и проблемы в отношениях со сверстниками.

Многие авторы отмечают рост распространенности школьного буллинга [320]. В исследовании С.В. Воликовой и Е.А. Калинкиной [321] представлены результаты обследования 234 школьников V—VIII классов трех московских школ. 13% всех обследованных детей регулярно или эпизодически подвергаются издевательствам одноклассников. Дети — жертвы школьной травли чаще подвергаются вербальной агрессии. Поводом для травли становятся внешность, поведение, национальность, успеваемость, т.е. то, что может отличать их от сверстников. Дети — жертвы школьного буллинга занимают пассивную позицию в ситуации травли (стараются игнорировать ситуацию, никому не жалуются, не ищут помощи, боятся, что будет только хуже). У них выше уровень депрессии, тревоги, больше суицидальных мыслей. В семьях детей, столкнувшихся с подобной проблемой, больше нарушений семейных коммуникаций, формального контроля и критики. Их матери меньше интересуются жизнью детей, оказывают им меньше поддержки.

В следующих разделах будут представлены обзоры современных исследований макросоциальных, семейных, личностных и интерперсональных факторов суицидального риска у детей, подростков и молодежи.

4.2. Макросоциальные факторы суицидального поведения в информационном обществе

А.Б. Холмогорова, Е.Г. Дозорцева, Е.Ю. Казаринова

Интернет и социальные сети как факторы суицидального поведения. Существуют различные публичные страницы в социальных сетях с информацией о суицидах и способах самоповреждения, с рекомендациями и советами по безболезненному и быстрому уходу из жизни. Подобного рода публикации снижают ценность человеческой жизни в глазах впечатлительных подростков (особенно уже имеющих суицидальные мысли). Кроме того, встречаются суициды в «прямом эфире», которые также способны оказать негативное влияние на зрителей любого возраста.

Впечатлительные и склонные к подражанию дети и подростки становятся наиболее частыми жертвами фильмов, программ и публикаций (в том числе и в интернете), в которых освещаются случаи суицида. Особую опасность представляют самоубийства лично значимых медийных персон: их освещение в СМИ провоцирует массовую волну подражающих самоубийств — эффект Вертера [322].

Предпочитаемый интернет-контент. Аутодеструктивный онлайн-контент, связанный с самоповреждениями, суицидом и деструктивным пищевым поведением, достаточно распространен, с ним сталкивается большинство подростков и молодежи [323]. Случайное или целенаправленное нахождение контента про самоубийства и романтизацию смерти, а также распространение такого контента могут повлиять на склонных к суицидальным мыслям пользователей Сети. Одним из факторов риска также является чрезмерное использование интернета — оно может оказаться причиной ощущения «нереальности» реально происходящего и происходящего в онлайн-пространстве.

Помимо этого, отмечается усиление информационной нестабильности и рост эмоциональной неудовлетворенности среди подростков. Такая ситуация отражается в онлайн-тенденциях: некоторые молодые люди обращаются к существующему саморазрушительному контенту в интернете — например, ищут блоги, рекламирующие физическое причинение вреда себе [324].

По данным зарубежных исследователей, онлайн-контент, посвященный самоубийствам или членовредительству, имеет как положительные, так и отрицательные последствия. К положительным можно отнести: снижение чувства изоляции, создание поддерживающего онлайн-сообщества, облегчение страданий, альтернативные методы преодоления трудностей и советы по уменьшению членовредительства. К отрицательным относятся: провоцирование самоповреждающего

поведения, его сохранение посредством нормализации, обмен методами членовредительства и советами по сокрытию последствий. При этом исследования показали, что преобладает положительное влияние интернета на поведение, связанное с членовредительством. Но одного интереса к контенту недостаточно для точного выявления тех, кто подвергается более высокому риску самоубийства. Только напрямую общаясь с пользователями Сети, можно отличить тех, у кого присутствуют мысли о суициде [325].

Специфические социальные сети, общение в интернете и предпочитаемый контент. Интернет для современного общества, в особенности для молодежи, — естественная среда жизни. Социальные сети становятся сферой социализации молодых людей не в меньшей степени, чем непосредственное общение с ближайшим окружением. Все чаще исследователи интернета говорят о смешанной реальности, в которой мы живем [326]. Ее виртуальная часть в особой форме отражает проблемы реальной жизни людей, а огромные ресурсы интернета предоставляют средства для их решения или компенсации неудовлетворенных потребностей. В то же время интернет обладает не только позитивным, но и мощным негативным потенциалом, в связи с чем один из авторов сравнил его с «манящим болотом» [327]. Безграничность возможностей интернета создает иллюзию отсутствия границ поведения и самой личности, чему способствуют анонимность и возможность примерять на себя различные роли. Все это оказывается особенно привлекательным для подростков, для которых выход за границы привычного, традиционного и даже допустимого в обычной жизни — нормальный путь взросления через индивидуацию и «прощупывание» реальности и действительности социальных ограничений. Однако обратная реакция социума, необходимая для обозначения таких ограничений, в интернете ослаблена либо вообще отсутствует, что провоцирует развитие девиантного поведения, в том числе самоповреждающего и суицидального.

Сайты и чаты, в которых молодые люди обсуждали вопросы самоубийства, делились переживаниями тоски, тревоги и депрессии, публиковали мрачные фотографии, обсуждали вопросы, связанные с самоубийствами, в частности о бессмысленности жизни и способах ухода из нее, существовали в интернете с 1990-х годов. Однако в последнее десятилетие масштабы распространения подобного рода деструктивной информации возросли. Специальное исследование позволило выявить корреляционные связи между склонностью подростков к потреблению такой информации в интернете и их собственными аутодеструктивными, в том числе суицидальными, склонностями [328]. При этом действует циклический механизм влияния: вначале подростки с депрессивными тенденциями ищут в интернете общения на интересующие

их темы, получаемая информация усиливает их аутодеструктивные устремления, а затем они и сами начинают аналогичным образом воздействовать на других.

Распространение деструктивной информации в Сети, безусловно, оказывало влияние на тех, кто был склонен к подобным настроениям, и подкрепляло их суицидальные тенденции, но не приводило к эксцессам массового характера и не привлекало внимание общественности. Однако в середине 2010-х годов в России возникло новое явление, быстро ставшее резонансным. В 2016 г. была опубликована статья журналиста Г. Мурсалиевой, в которой она сообщала о том, что ряд подростков покончили с собой под влиянием специальной технологии, предлагавшейся им под видом игры, направленной на лишение их жизни. Приводились сообщения, которые получали дети, а также сопровождавшая их символика в виде синих китов (ассоциация с китами, которые иногда выбрасываются на берег) или других животных (бабочки, розовый пони). Были собраны свидетельства родителей, потерявших таким образом своих детей и объединившихся для того, чтобы противодействовать дальнейшему распространению этого явления. В статье и ее обсуждениях приводились многочисленные примеры самоубийств подростков подобного рода, хотя официальная статистика существенного роста количества суицидов несовершеннолетних в этот период не зафиксировала. В последние годы общественный интерес к этой теме падал, и в настоящее время в интернете часто можно встретить мнения о том, что и первоначально он не имел под собой оснований, а истории о «синих китах» — городская легенда. Тем не менее несколько уголовных дел по подобным обстоятельствам были возбуждены и закончились осуждением виновных. Более того, соответствующие изменения были внесены в Уголовный кодекс Российской Федерации, в котором помимо статьи 110 «Доведение до самоубийства» появились статьи 110.1 «Склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства» и 110.2 «Организация деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства».

Практика комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз располагает примерами нескольких таких дел, а также дел, где есть основания предполагать склонение подростков к самоубийствам с использованием интернета, но достаточных доказательств следствию найти не удалось. Общий организационный аспект подобной преступной деятельности в полной мере не прояснен. Однако материалы уголовных дел позволяют описать манипулятивные техники, использованные «кураторами» в непосредственной коммуникации с подростками.

Вначале «кураторы» вступали в индивидуальный диалог с несовершеннолетними в чатах суицидальной направленности или иных

подростковых сообществах и выбирали уязвимых, имеющих проблемы и внушаемых подростков. Они демонстрировали принятие, понимание, психологическую поддержку, подтверждая значимость проблем и переживаний подростка, одновременно убеждая его в бессмысленности существования. Затем «кураторы» (одного несовершеннолетнего могли вести несколько человек под псевдонимами) предлагали подростку участие в «игре», включавшей ряд (до 50 этапов) заданий и имевшей для него целью совершение самоубийства. При этом утверждалось продолжение посмертного существования в свободном от тревог месте («тихом доме»). При этом обязательным требованием было сохранение коммуникации в секрете от окружающих. Нередко контроль над несовершеннолетним устанавливался путем получения от него сведений о месте его проживания, составе семьи, а также паспортных данных. Первоначальные задания в «игре» имели нейтральный характер (нарисовать кита или бабочку и отправить «куратору»). Однако вскоре начиналась проверка готовности подростка к нанесению самоповреждений (царапины и порезы на руках и ногах) и рискованному поведению (например, полежать на железнодорожных рельсах или посидеть на краю крыши высокого здания), причем задания были все более болезненными или имеющими реальный риск. При отказе подростка от подобных действий контакты с ним прекращались либо начинались угрозы ему или членам его семьи с использованием личных данных. Одновременно велась работа над изменением сознания несовершеннолетнего. Ему назначались контакты с «кураторами» ночью или ранним утром (4:20), что лишало его полноценного сна. В качестве заданий назначалось прослушивание психоделической музыки или просмотр аналогичных видеозаписей. На завершающем этапе «кураторы» принуждали подростка к самоубийству, предлагая место, время и способ суицида и угрожая расправой в случае отказа.

Содержательно суггестивная коммуникация строилась вокруг поддержания депрессивных идей и настроений, чувства неполноценности подростка в настоящем. Стимулировалась враждебность в отношении социального окружения («ты никому не нужен»), особенно родителей («они тебя не любят и не понимают»), и идея смерти как единственного выхода из субъективно сложной ситуации. Разнообразными способами строился привлекательный эстетический и романтический образ суицида с прославлением суицидальных действий и тех, кто их уже совершил. Культивировалась идея превосходства и уникальности выбравших этот путь наряду с идеализацией жизни после смерти, где суицидента якобы ждут мир, принадлежность к близким по духу друзьям, любовь и счастье.

В процессе психологической обработки сознание подростков действительно существенно изменялось, что проявлялось и в их внешнем функционировании. Вследствие бессонницы и усталости снижались успеваемость и работоспособность. Повышалась эмоциональная чувствительность и неустойчивость, обидчивость, раздражительность, что провоцировало конфликты с окружающими. Нарастала изоляция в среде сверстников, отчужденность в отношениях с родителями. В то же время усиливалась безвольность и податливость в контактах с «кураторами», происходила фиксация на идее суицида.

Следует отметить, что большая часть материалов уголовных дел относилась к подросткам, которые в конце концов не совершили самоубийства. Среди них были и те, кто изначально не собирались оканчивать свою жизнь таким образом, а присоединились к «игре» из любопытства, однако у них также наблюдались значительные изменения психического состояния после длительного периода воздействия на них манипулятивных технологий, и экспертизой был констатирован вред, нанесенный обвиваемыми психическому здоровью.

В последние годы способы вовлечения подростков в подобную «игру» стали широко известны, была проведена профилактическая работа (информирование педагогов, родителей, самих детей), поэтому новых аналогичных случаев в судебно-следственной и экспертной практике не было. Однако нельзя исключить появление в сети Интернет манипулятивных воздействий на несовершеннолетних в другом формате, но сходящей направленностью в будущем.

Таким образом, в плане стимулирования аутоагрессии интернет-среда может воздействовать на подростков различным образом: через распространение вредоносной информации в разных формах, путем обсуждения проблемы аутоагрессивного поведения в чатах, а также посредством прямого индивидуального воздействия на уязвимых членов интернет-сообщества. Источники подобного влияния удаляются по мере их обнаружения специалистами Роскомнадзора. Однако предупреждение вредного влияния не может сводиться лишь к запретам. Необходимо развивать профилактику суицидов детей, подростков и молодежи в целом, учитывая существование угроз в интернете.

Социальные сравнения. Зарубежные и отечественные исследования показывают, что частые социальные сравнения связаны с эмоциональным неблагополучием человека — развитием депрессии, тревоги, повседневного стресса, — что в дальнейшем может привести к возникновению суицидального поведения [329, 330].

Культ успеха и достижений. Современное общество диктует высокие требования для получения различных благ, а социальные сети и новости в изобилии предоставляют информацию об успехах других людей.

Отслеживание подобного контента вызывает непроизвольное или произвольное сравнение собственных действий и результатов со свершениями окружающих, что может приводить к негативным последствиям.

Так, многочисленные эмпирические исследования показывают, что причинами суицидального поведения могут выступать высокие стандарты личности или высокие ожидания от социума. Авторы одной из зарубежных работ делают ряд важных выводов: 1) при оценке суицидального риска необходимо узнать восприятие человеком требований, предъявляемых к нему социальным окружением; 2) особое значение имеют ожидания семьи от человека [331].

Ярким примером влияния культа успеха на суициды могут служить многочисленные случаи в Японии и Южной Корее: одной из самых распространенных причин самоубийств среди молодежи в этих странах является стресс из-за проблем, связанных с успешностью в сфере образования или работы [332].

4.3. Семейные факторы суицидального поведения

А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова, Т.В. Авакян

Уровень депрессии и самоубийств среди подростков и юношества растет во всем мире и представляет собой проблему для общественного здравоохранения, и одним из важнейших факторов является качество отношений с семьей.

Учеными разных стран исследуются характеристики семей подростков, совершивших суицидальную попытку (например, [333]). Так, в мексиканском исследовании было обнаружено, что семьи подростков, совершивших суицидальную попытку ($N = 40$), отличаются более низкими показателями сплоченности и гибкости. Преобладают разобщенные семьи (72,5% по сравнению с 27,5% в контрольной группе), характеризующиеся эмоциональной разделенностью, отсутствием близости, стремлением проводить время раздельно, отсутствием общих интересов. При этом по показателю гибкости чаще встречался структурированный тип (45% против 23,8%), что предполагает относительную демократичность, родительскую иерархию, относительную устойчивость, стремление соблюдать семейные правила, но, как отмечают авторы, в то же время в этих семьях могут быть слишком высокие требования и низкая толерантность к фрустрации, что может способствовать снижению самооценки и ощущению неполноценности [334]. Сходные данные получены и в отечественных исследованиях.

У подростков, воспитывающихся в дисфункциональных семьях (характеризующихся конфликтностью, разобщенностью, запретом на открытое выражение чувств), повышается риск развития суицидального поведения [335].

В рамках семейной системной психотерапии суицид рассматривается как симптоматическое поведение, что требует анализа функции и смысла этого действия внутри конкретной семейной системы. Обобщая опыт работы с семьями подростков с суицидальным поведением, семейные психологи описывают шесть основных вариантов функции суицида, одной из которых является «коммуникативная метафора» — способ привлечения внимания, установления контакта [336]. В одном из исследований было показано, что у 72% подростков, совершивших суицидальную попытку ($N = 120$, возраст 16—18 лет), суицидальный риск характеризовался повышением показателей по шкале «демонстративность», что отражает попытку привлечь внимание к своим проблемам, получить сочувствие и понимание, но часто трактуется взрослыми как манипулятивное поведение [337]. Вместе с тем их семьи (66%) характеризовались несбалансированностью (запутанный (35%) или разобщенный (31%) тип семейной сплоченности). Исследовались подростки, госпитализированные в психиатрическую больницу в связи с суицидальной попыткой

($N = 123$, средний возраст $16,4 \pm 1,1$), из них у 52 была диагностирована острая реакция на тяжелый стресс и расстройство адаптации (F43). У подавляющего большинства подростков (38 чел., 73,08%) совершенная попытка была связана с семейными проблемами, среди которых: жестокое обращение (20 чел.), материально-бытовые проблемы (12), конфликт с родителями, связанный с поведением подростка — например, употреблением ПАВ (6). Были получены достоверные различия относительно выбранного способа: у девочек преобладали отравления медикаментами, а у мальчиков — самопорезы. Почти у половины подростков (25 из 52) преобладала демонстративно-шантажная мотивация, что подчеркивает выраженные нарушения межличностной коммуникации и последующий выбор радикального способа для решения конфликта. Низкий уровень сплоченности, тревога и напряжение между членами семьи рассматриваются в качестве факторов суицидального поведения [338].

Семейное насилие и КПТСР Неблагоприятный детский опыт является значимым фактором, травматически воздействующим на психологическое состояние подростков и увеличивающим уязвимость к развитию у них различных психических расстройств и суицидального поведения [339]. Результаты метаанализа исследований различных типов насилия и пренебрежения (сексуального, физического, эмоционального, комбинированного), пережитого в детстве, продемонстрировали достоверную связь с суицидальным поведением, при этом эмоциональное насилие и пренебрежение увеличивают шанс возникновения суицидальной попытки вдвое, а пережитое сексуальное насилие — в четыре раза [340]. В одном из исследований было показано, что перенесенное в дошкольном возрасте физическое насилие в пять раз повышает вероятность возникновения суицидального поведения в дальнейшем [341]. У 30—40% подростков и молодых людей до 17 лет, подвергшихся сексуальному насилию, выявляются суицидальные мысли, а также суицидальное поведение. Среди этих подростков и юношей многие имеют диагноз ПТСР [342]. О пережитом эмоциональном насилии и об эмоциональном пренебрежении в детстве, а также о случаях физического и сексуального насилия сообщают пациенты с биполярным аффективным расстройством, при этом почти половина из них (48%) признаются в наличии суицидальных мыслей [343]. У подростков с депрессивным расстройством и у подростков с пограничным расстройством личности (ПРЛ) и суицидальными попытками был опыт физического насилия. Также были обнаружены связи между эмоциональным насилием в детстве и суицидальными попытками при ПРЛ [344].

У подростков с большим депрессивным расстройством ($N = 221$, возраст 12—15 лет) опыт эмоционального насилия был связан с более высокими показателями суицидальных мыслей и попыток [345]. Сходные данные были получены в трехволновом национальном исследовании

6364 подростков в возрасте 10—17 лет, при этом авторы подчеркивают, что среди исследуемых типов неблагоприятного опыта (физическое насилие, эмоциональное насилие, пренебрежение и наблюдение насилия в адрес другого члена семьи) эмоциональное насилие оказывало наибольший негативный эффект [346]. Это вызывает особую обеспокоенность, поскольку является наиболее распространенным типом жестокого обращения, что было подтверждено ранее полученными данными [347], хотя некоторые авторы считают, что это влияние носит косвенный характер и опосредуется психическим расстройством [339]. В исследовании А. Khan с соавторами [348] не просто доказывается связь между жестоким обращением и эмоциональным насилием со стороны родителей в детстве и депрессией и суицидальными мыслями и намерениями в подростковые годы, но и предпринимается попытка определить сензитивные периоды, когда эмоциональное насилие и жестокое обращение оказывают максимально негативное влияние. Обследование 560 американских юношей и девушек (18—25 лет) показало, что возникновение у них депрессивного расстройства и суицидальных мыслей свидетельствовало об эмоциональном насилии со стороны сверстников и родителей в возрасте 14 лет. Были выявлены и еще более значимые предикторы депрессии и суицидальных мыслей и попыток. Наиболее важным предиктором у девушек было сексуальное насилие в возрасте 18 лет и словесное оскорбление со стороны родителей в возрасте 5 лет у юношей. Если в возрасте около 5 лет мальчик подвергался вербальному насилию со стороны родителей, то это было связано с депрессией в старшем возрасте.

В американском исследовании связи травматических событий и депрессии, тревоги и суицидальности приняли участие 1000 подростков. Количество травматических событий было связано с повышенным уровнем тревоги и депрессии. Суицидальное поведение обследованных подростков было связано с перенесенным сексуальным насилием и травмами, полученными в межличностных отношениях [349].

Исследование 187 детей и подростков в возрасте от 7 до 17 лет показало, что эмоциональное пренебрежение было наиболее распространенным подтипом жестокого обращения и насилия в детстве и способствовало развитию всех поддоменов комплексного посттравматического стрессового расстройства (расстройства, которое возникает вследствие длительных, повторяющихся травм) на протяжении всей жизни детей и подростков. Эмоциональная травма (пренебрежение или жестокое обращение) столь же разрушительна, как и другие типы жестокого обращения, такие как физическое или сексуальное насилие, или даже больше. Хотя симптоматика посттравматического стресса усиливалась при всех подтипах жестокого обращения, значительное влияние физического пренебрежения на возникновение КПТСР обнаруживалось, если

подобное физическое пренебрежение имело место в возрасте ребенка от 0 до 5 лет. Физическое насилие, по-видимому, оказывает негативное влияние на возникновение симптомов КППСР на протяжении всего развития ребенка, но особенно вредно, если ребенок подвергается физическому насилию в возрасте 0—5 лет. Интересно, что эмоциональное насилие, по-видимому, лучше всего объясняет изменчивость симптомов посттравматического стрессового расстройства. Сексуальное насилие, по-видимому, может провоцировать посттравматическое стрессовое расстройство, если оно происходит с ребенком младшего школьного возраста или подростком. Физическое пренебрежение и жестокое обращение, по-видимому, наносят наибольший вред в течение первых пяти лет жизни, тогда как эмоциональное и сексуальное насилие приходится на период младшего школьного возраста (6—12 лет).

По результатам метаанализа 61 исследования факторов риска суицидальных и несуицидальных самоповреждений у юношества выявлены сходные факторы, среди которых семейные (жестокое обращение в детстве, издевательства, развод родителей, плохие семейные отношения), личностные (депрессия/тревога, психическое заболевание самого подростка, злоупотребление психоактивными веществами), и межличностные факторы в виде отсутствия друзей и примеры самоповреждения у других людей [350].

В другом метаанализе, проведенном G. Serafini с соавторами [351], приведены ссылки на лонгитюдные исследования, результаты которых свидетельствуют, что негативные жизненные события (такие как финансовые проблемы, смерть родителя, особенно в результате самоубийства, или близкого друга, родительский развод и жестокое обращение в детстве) были значимыми предикторами последующих суицидальных планов у подростков и молодежи. Также в этом метаанализе представлены исследования, демонстрирующие связь между физическим/сексуальным насилием и пренебрежением и суицидальным поведением у молодежи. Важно отметить, что суицидальные мысли в течении жизни чаще появлялись у юношей и девушек, подвергшихся как сексуальному, так и физическому насилию. Исследование также показало, что количество суицидальных попыток зависело от личности насильника и в том случае, если насилие было совершено со стороны ближайшего родственника, риск самоубийства еще больше увеличивался. Однако имеются исследования, результаты которых противоречат ранее полученным данным. Так, R. Wamser-Nanney и C. L. Campbell [352] обследовали 267 детей и подростков в возрасте 6—18 лет, обратившихся за лечением. Это исследование было призвано исследовать суицидальное поведение подростков, в опыте которых имелись психологические травмы. В исследовании принимали участие не только сами дети и подростки, но и

лица, осуществляющие за ними уход (родители и другие лица). Согласно полученным данным, характеристики и симптомы ПТСР были связаны с суицидальными мыслями и намерениями детей и подростков. Результаты опроса лиц, осуществляющих уход за детьми и подростками, показали прямо противоположные результаты: комплексная травма не была связана с суицидальными действиями детей и подростков, и ни одна из характеристик сложной травмы не была связана с сообщениями о суицидальных наклонностях.

Высокий уровень критики. Многократно подтверждены данные о том, что влияние воспринимаемой критики со стороны других является одним из потенциально важных факторов риска самоубийства [353, 354, 355, 356, 357, 358, 335].

Например, одновременно обследовалась группа родителей и подростков 12—17 лет из психиатрических клиник с суицидальными попытками. Изучалась связь между негативными родительскими эмоциями и эпизодами суицидальных и несуйцидальных самоповреждений. Анализ показал, что высокий уровень проявления негативных эмоций у родителей был связан с суицидальными мыслями, суицидальными намерениями, попытками самоубийства и несуйцидальными самоповреждениями у подростков. Анализ также показал, что именно критика со стороны родителей была тесно связана с суицидальными мыслями, намерениями и попытками, тогда как чрезмерная эмоциональная вовлеченность (сверхвключенность) родителей не была связана с этими видами деструктивного поведения подростков. Связь между родительской критикой и суицидальными мыслями, намерениями, попытками была особенно сильна среди подростков с самокритичным когнитивным стилем [355]. Показано прямое влияние отсутствия эмоциональной поддержки и наличия родительской критики на частоту несуйцидальных самоповреждений у подростков (12—20 лет), ощущаемое отсутствие родительской эмоциональной поддержки оказало прямое влияние на частоту несуйцидальных самоповреждений, а также косвенное влияние через симптомы депрессии [357]. В отечественном исследовании были получены схожие данные: суицидальный риск у подростков связан с повышением уровня критики со стороны матери, излишним проявлением чувств в сочетании с повышенным контролем, что можно расценивать как проявление сверхвключенности, а со стороны отца, напротив, с эмоциональным отвержением, враждебностью и ориентацией на выполнение внешних требований без учета особенностей самого ребенка. Кроме того, обнаружены положительные связи склонности к суицидальному поведению с такими характеристиками семейного климата, как ориентация на достижения и, что парадоксально, сплоченность, экспрессивность и интеллектуально-культурная ориентация [335].

Кампос с соавторами [359] исследовали, опосредуют ли самокритика и депрессивные симптомы связь между воспоминаниями о родительском неприятии и суицидальными наклонностями. Результаты показывают, что воспоминания о родительском неприятии в значительной степени связаны с суицидальностью и депрессивными симптомами, в том числе через самокритику. Более того, связь между самокритикой и суицидальностью была опосредована депрессивными симптомами. Результаты G. Falgares с соавторами [360], которые обследовали 340 старшеклассников, подтвердили предположение о том, что самокритика подростков будет опосредовать связь между тревожной и избегающей привязанностью и суицидальным поведением. По мнению исследователей, этот вывод можно объяснить следующим сценарием: люди с более высоким уровнем тревожной привязанности склонны развивать негативную внутреннюю рабочую модель себя с высоким уровнем самокритики, чтобы снизить переживания от возможной критики со стороны других или постараться избежать этой критики [361]. Суицидальную попытку можно рассматривать как результат эмоционального срыва, который является следствием провала этой стратегии, особенно когда другие демонстрируют критическое или резкое отношение [362].

Запрет на открытое выражение чувств. Подтверждено, что реакция родителей на негативные эмоции подростков оказывает влияние на развитие суицидального поведения. Такие реакции, как эмоциональная (утешение, успокоение) и проблемно-ориентированная поддержка (помощь в разрешении ситуации), а также поощрение выражения чувств помогают подростку справиться с негативными эмоциями, способствуют близости и повышению уровня доверия в детско-родительских отношениях, что является буфером против развития суицидального поведения. Неблагоприятные реакции со стороны родителей, напротив, усиливают риск суицидального поведения. К ним относятся запрет на выражение негативных чувств, дистресс, который начинает испытывать родитель в ответ на негативные чувства подростка, и наказание или выражение гнева на ребенка [363]. По сравнению с родителями не депрессивных подростков, родители подростков с депрессивным расстройством проявляли меньше поддержки и понимания по отношению к выражению грусти, которую испытывали их дети, что рассматривается авторами либо как фактор, ограничивающий проявление этого чувства, либо как отсутствие достаточного внимания к эмоциональным потребностям ребенка [364].

Завышенные требования. Обследование 4884 школьников Гонконга показало, что как очень высокие, так и низкие ожидания родителей были факторами риска возникновения суицидального поведения и психологического дистресса среди учащихся начальной школы, а также психологического дистресса среди учащихся средней школы. Наличие трех или более близких друзей и более высокий уровень удовлетворенности жизнью

были в значительной степени связаны с более низким риском депрессии и суицидального риска среди учащихся средних школ [365].

Привязанность. Теория привязанности утверждает, что ранний опыт общения с лицами, осуществляющими уход, преобразуется во внутренние рабочие модели, которые определяют понимание людьми отношений на протяжении всей жизни. Особенности ненадежной привязанности (например, отсутствие близости, изоляция) согласуются с межличностной моделью Джойнера, которая постулирует, что суицидальное поведение связано с нарушенной принадлежностью (ощущением одиночества, нарушением социальной привязанности), что позволяет рассматривать привязанность в качестве значимого фактора. Ненадежная привязанность имеет отношение к суицидальному поведению подростков, поскольку она связана с дисфункцией взаимоотношений [366], которая часто предшествует попыткам самоубийства [367]. Действительно, Виолато и Арато [368] показали, что тревожная и дезорганизованная привязанность связаны с суицидальным поведением подростков, находящихся на психиатрическом лечении. Среди студентов суицидальные мысли или попытки были связаны с нарушениями привязанности. По данным А. Шефталла и соавторов [369], лица, пытавшиеся совершить самоубийство, сообщали о значительно более высоком уровне избегающей привязанности и тревоги. Избегающая привязанность, но не тревога, позволяет предсказывать попытки самоубийства. Подростки с попытками суицида в анамнезе оценивали себя как менее привязанных к матери по сравнению со своими сверстниками [370]. В то же время, А. Вента и К. Шарп [356] не обнаружили связи между нарушениями привязанности и суицидальными мыслями и поведением, предполагая, что связь между этими двумя факторами опосредована другими переменными, такими как обработка социальной информации, которая может влиять на поведенческие стратегии и импульсивность. Цель исследования испанских подростков, госпитализированных в психиатрическую клинику (N = 50, возраст 12—17 лет), состояла в изучении особенностей семейного функционирования, способствующих развитию суицидального поведения (суицидальные мысли, суицидальные самоповреждения, попытки, в том числе повторные). Было обнаружено, что безопасная привязанность является защитным фактором суицидального поведения, а у госпитализированных подростков, по сравнению с контрольной группой (N = 50), преобладал избегающий тип привязанности (58%). По данным опросника RBI суицидальное поведение связано с такими родительскими стилями, как холодный контроль (низкий уровень заботы в сочетании с высоким уровнем контроля по отношению к ребенку) и небрежность (низкие показатели заботы и контроля) [371]. Эти данные подтверждают результаты проведенного ранее метаанализа исследований, где также применялся опросник RBI: низкий уровень материнской заботы и чрезмерный контроль были связаны с риском суицидального поведения у подростков [372].

4.4. Когнитивные факторы суицидального поведения

О.Д. Пуговкина

Под когнитивными факторами суицидального поведения понимается целый ряд характеристик и феноменов содержательного и динамического характера.

С точки зрения *содержания мышления* речь идет непосредственно о так называемых суицидальных и антивитальных мыслях. Изначально этот феномен просто фиксировался в психиатрии как симптом, указывающий на тяжесть состояния и риск суицидального поведения у пациента.

Подробную концептуализацию феномен суицидального мышления получил в русле когнитивной психотерапии, развиваемой А. Беком. *Суицидальные мысли* были «вписаны» в концепцию содержания депрессивного мышления, искажений в оценке текущих, прошлых и будущих событий, а также ведущих дисфункциональных убеждений в известной формуле «негативной депрессивной триады»: негативное отношение к себе, к миру и к будущему [373]. Суицидальные мысли представляют собой особое содержание мышления, связанное с базовыми убеждениями о себе и мире, включающее искаженную оценку прошлых и текущих событий с доминированием темы безнадежности, собственной никчемности, глобальности жизненных затруднений и невозможности их разрешения. Суицидальные мысли сопровождаются негативным аффектом, тягостными физическими ощущениями и активизируют дисфункциональные формы совладания от руминативного сосредоточения до непосредственно суицидального поведения. Таким образом, когнитивная схема суицидального поведения включает: 1) негативные убеждения и ценности, усвоенные в детском возрасте; 2) особую чувствительность к триггерам, которые активируют эти убеждения и ценности; 3) повышенную реактивность на триггеры и само содержание суицидальных мыслей в виде фиксации на идее о том, что суицид является единственным решением проблемы [228].

В данном направлении описаны несколько специфичных когнитивных паттернов, связанных не просто с риском стойкого снижения настроения и возникновения депрессивного расстройства, а именно суицидальным риском. К таким паттернам относятся набор негативных базовых убеждений о себе и мире, а также схемы хронической безнадежности и воспринимаемой непереносимости.

Базовые негативные убеждения, усвоенные как «конденсация» негативного прошлого опыта, включают в себя идеи о том, что будущее безнадежно, что текущая жизненная ситуация невыносима и нет никого, кто способен оказать поддержку.

Схема хронической безнадежности выражается в невидении жизненной перспективы и утрате смысла поиска этой перспективы. Чувство

безнадежности подчеркивается в большинстве моделей суицида, является одним из основных предикторов суицидального риска, а также отличает случаи спланированных, фатальных попыток суицида от демонстративных и импульсивных.

Чувство безнадежности в той или иной ситуации может встречаться и у людей вне депрессивного эпизода. В этих случаях оно носит более реалистический, конкретно-ситуационный характер, хотя это и не отменяет его значение в плане риска суицида. Что касается больных депрессиями, то у них чувство безнадежности утяжеляется различными когнитивными искажениями (черно-белым мышлением, глобальностью, ригидностью и др.). В этой связи был разработан специальный инструмент диагностики суицидального риска — шкала безнадежности [374].

Импульсивные попытки суицида чаще связаны с так называемой *схемой воспринимаемой непереносимости* жизненного стресса. Целый комплекс устойчивых черт (склонность к импульсивной агрессии, дефицит навыков решения проблем, перфекционизм и др.) могут обуславливать субъективно высокий уровень жизненного стресса индивида вместе с ощущением его высокой интенсивности и собственной неспособности конструктивно им управлять. В ситуации жизненных трудностей даже разрешимые задачи могут активировать, таким образом, ощущение острого неуправляемого эмоционального кризиса.

В рамках оформления так называемой третьей волны когнитивной психотерапии фокус изучения содержания мышления как фактора депрессии и суицидального риска сместился к исследованию *метакогнитивных способностей* и процессов *саморегуляции* [375, 376]. В первую очередь речь идет о проявлениях когнитивной ригидности: о когнитивной реактивности, о снижении осознанности психических процессов и опыта в целом, о трудностях переключения внимания, о руминативном мышлении и о глобализации мышления [373, 377, 378, 379, 380].

Когнитивная ригидность (снижение когнитивной гибкости) — трудность в познавательной подстройке к внешним изменениям ситуации. Эта особенность обуславливает склонность к фиксации на затруднениях и трудности при необходимости переключения с одних способов переработки информации на другие [381, 382]. Когнитивная ригидность при депрессиях проявляется также в форме повышенной когнитивной реактивности, низкой осознанности когнитивных процессов и в форме руминаций.

Под *когнитивной реактивностью* понимается активация каких-либо мыслительных паттернов в ответ на триггеры в форме появления негативных чувств — тесная связь между негативными эмоциями и мгновенной реакцией на них в виде страха перед их появлением и попытки избежать, подавить их [373, 383, 377]. Негативные мысли активируются

очень быстро, а реакция пациента на них приводит к усугублению негативных переживаний. Постепенно мышление становится менее спонтанным и все более автоматизированным: в ответ на относительно нейтральный триггер разворачивается паттерн реакции, которая усиливает исходный аффект [384].

Дефицит осознанности (mindfulness) проявляется в виде нарушения способности произвольно сосредотачивать внимание на текущих событиях и ощущениях, переключать внимание с одних аспектов на другие и ощущать при этом подконтрольность процесса сосредоточения и управляемость им. Дефицит этой способности приводит к тому, что в случае суицидального кризиса сопротивление (логическая оценка, конфронтация) негативному содержанию мыслей вместо облегчения приводит к нарастанию дискомфорта, т.к. сопротивление приобретает характер повторяющихся, непродуктивных тупиковых рассуждений [375, 376]. В рамках концепции осознанности можно особо выделить способность буквально осознавать свой жизненный опыт (разнообразные переживаемые события и явления в их предметно-чувственной данности) и одновременно осознавать тот факт, что переживаемые ощущения есть внутренняя репрезентация опыта (мысли), а не сама объективная реальность [385].

Руминации — устойчивое повторение размышлений о чувствах, мыслях и проблемах, постоянный анализ себя, который сопровождается чувством скорби и безысходности [386, 387]. Такой динамический паттерн реагирования на затруднения, включающий в себя цикличное и пассивное сосредоточение на симптомах, проблемах, их возможных причинах и последствиях скрепляет и усугубляет ощущение безнадежности и безысходности суицидальности кризиса.

В отношении большинства проявлений когнитивной ригидности (высокой когнитивной реактивности, руминативного мышления, низкой осознанности, трудностей переключения внимания) были получены данные, свидетельствующие о значительной биологической конституциональной обусловленности этих черт и о прочной связи с параметрами мозговой активности.

Глобализация — еще один когнитивный паттерн, связанный с суицидальным риском. Он представляет собой склонность к глобализированным, далеким от конкретных обстоятельств суждениям, которые в силу своего абстрактного характера выглядят убедительными и неприступными для когнитивной переоценки (переструктурирования) [373, 388]. Дж. Мак-Каллоу выделяет глобальный стиль мышления как один из центральных механизмов хронификации депрессии и суицидального риска. Эмпирические исследования продемонстрировали выраженные нарушения эпизодической памяти у больных хронической депрессией.

Было показано, что пациенты обычно оперируют не воспоминаниями о конкретных событиях (т.е. событиях, которые точно определены в месте и времени и продолжались не более одного дня, например «вручение диплома»), а категориями, или обобщенными воспоминаниями — образами повторяющихся событий (например, «ежедневные прогулки с другом после школы») или событий, продолжающихся более одного дня («отпуск в Европе»). Эта тенденция вспоминать обобщенные категории событий, которой часто сопутствуют выраженные когнитивные искажения, тесно связана с проявлениями ригидности и склонности к руминативной фиксации на отдельных темах негативных переживаний [389]. В последних исследованиях установлено, что глобализация воспоминаний связана с суицидальным риском уже в подростковом возрасте [390].

Механизм глобализации лежит и в основе другой популярной концепции — модели генерализации интерперсонального стресса у больных депрессиями (*Spillover of Daily Interpersonal Stress*) [391, 392], которая объясняет нарушения в социальной перцепции и снижение воспринимаемой социальной поддержки — важнейшего протектора в отношении суицидального риска.

Рассмотренные выше особенности содержания и динамики мышления при суицидальном риске упоминаются и в большинстве *системных многофакторных моделей суицида*. Эти модели суицидального поведения имеют, как правило, универсальный характер. Однако известно, что суицидальное поведение детей и подростков имеет свои особенности и не всегда полностью соответствует традиционным моделям, характерным для взрослых, что отражено в целом ряде работ [243, 244, 61, 245, 38, 246, 249].

Большинство исследователей обращают внимание на недостаточно адекватную оценку последствий суицидальных действий и непонимание смерти [237]. В относительно недавнем исследовании были конкретизированы особенности кризисного мышления у подростков: «эмоциональная отстраненность», «внимание к недостаткам, цинизм», «решительность», «когнитивная слабость» [393]. В работах Е.М. Вроно также отмечаются особенности переживания жизненных трудностей подростками, которые пересекаются с идеями схем безнадежности А. Бека: три «н»: непреодолимость трудностей, нескончаемость несчастья, непереносимость тоски и одиночества, — и три «б»: беспомощность, бессилие, безнадежность [394].

Применительно к детскому и подростковому возрастам следует в первую очередь подчеркнуть *возрастные особенности мышления*, которые не являются сами по себе факторами суицидального поведения, но определяют сложности совладания с трудными жизненными ситуациями. Это такие черты, как импульсивность, эгоцентризм, в «норма-

тивную» структуру которого входят максимализм, фокализм, феномен «личного мифа». Эти особенности отражают этапы развития социального познания и преодоления эгоцентрического мышления. При этом они содержательно перекликаются с факторами риска суицидального поведения, что говорит о том, что условием благополучного преодоления эгоцентрической позиции выступает благополучная среда с посильным для ребенка уровнем стресса.

Феномен «личного мифа» отражает склонность подростка оценивать себя и свои переживания как нечто уникальное, свойственное только ему.

Сфокусированность на себе — склонность подростка сосредотачивать свое внимание преимущественно на собственных мыслях и чувствах, а не объективном смысле событий [395]. Фокализм — ригидность внимания на мыслях и чувствах, склонность игнорировать новую поступающую информацию о себе или о другом человеке [396, 397].

Не случайно Дж. Мак-Каллоу выделяет аналогии в мышлении пациентов с хронической депрессией и эгоцентрическим мышлением, свойственным подросткам, и приводит высказывание пациента, которое буквально иллюстрирует невозможность осознать собственную субъективную позицию: «...мир таков, каким я его вижу, потому что я точно знаю — все, во что я верю, так и есть» [388]. Усугубление и хронификация дистресса при этом связаны с тем, что пациенты не могут отнестись к неприятным переживаниям как к субъективным явлениям, не чувствуют их преходящего характера и реагируют на них крайне деструктивными стратегиями избегания, подавления или чрезмерной озабоченности негативными переживаниями и мыслями.

Можно сделать вывод, что возрастные особенности подросткового возраста способны снижать возможности подростков адекватно реагировать на жизненные проблемы и тем самым, при определенном стечении обстоятельств, предрасполагать к суицидальному кризису. К этим особенностям относятся эгоцентризм, противопоставление авторитетам и миру взрослых (с которым связано недоверие к тем, кто мог бы помочь), эмоциональная нестабильность, внушаемость, дефицит навыков конструктивного разрешения проблем.

Таким образом, программы превенции и помощи детям и подросткам в ситуации кризиса должны учитывать возрастные особенности развития когнитивной сферы и социального познания, которые во многом определяют способность (или неспособность) совладать с жизненными ситуациями.

4.5. Личностные факторы суицидального поведения

А.Б. Холмогорова Е.Н. Клименкова, Е.Г. Дозорцева

В исследовании, выполненном сотрудниками ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, на материале 285 посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз из разных регионов Российской Федерации были проанализированы индивидуально-психологические особенности юных суицидентов [398]. Качественный анализ проводился отдельно в младшей, подростковой (11—14 лет), и старшей, юношеской (15—17 лет), группах. Это было связано с резким увеличением числа суицидов начиная с возраста 15 лет, что позволяло предположить разницу в психологическом статусе указанных возрастных категорий.

Выделение и группировка черт подростков, описанных экспертами-психологами, свидетельствовали, что общей характеристикой младшей подростковой группы была личностная незрелость и эмоциональная нестабильность. Однако среди несовершеннолетних этой категории выделялись несколько подгрупп в соответствии с их наиболее типичными индивидуальными особенностями.

Сензитивный тип. Характеризуется повышенной чувствительностью, впечатлительностью, ранимостью, обидчивостью, тревожностью.

Интровертированный тип. Присущи замкнутость, трудности установления контактов, ограничение круга общения, своеобразие, ригидность, склонность к фиксации на негативных переживаниях.

Импульсивный тип. Свойственны неустойчивость эмоций и поведения, трудности их контроля, лабильность, возбудимость, неуравновешенность, раздражительность, взрывчатость.

Триггерными ситуациями для младшей возрастной группы были, как правило, конфликты или проблемы в одной из сфер: семейной, учебной, в среде сверстников. Так, например, для сензитивного типа часто были свойственны переживания реального или, чаще, мнимого неуспеха в учебной сфере, перфекционистские тенденции.

Одним из основных факторов изменения психического состояния при переходе из подросткового в юношеский возрастной период (с 15 лет) было развитие самосознания, на фоне которого заострялись первоначальные индивидуальные характеристики. Ведущие типы сохраняли свои ключевые качества, однако они усложнились и еще больше затрудняли социальную адаптацию молодых людей.

Сензитивный тип помимо отмеченных выше характеристик приобретал такие качества, как неустойчивость самооценки, неуверенность в себе в сочетании с максимализмом, высоким уровнем притязаний.

Интровертированный тип усиливал глубину своих черт за счет еще большей закрытости, стремления не раскрывать свой внутренний мир

даже при внешней поверхностной общительности, а также в силу накопления обид и отрицательных переживаний.

Импульсивный тип в юношеском возрасте разделялся на два варианта: собственно импульсивный, у которого к ранее отмеченным чертам добавлялись конфликтность, склонность к девиантным проявлениям в виде агрессивного и аутоагрессивного поведения, и демонстративный, для которого помимо эмоциональной неустойчивости и лабильности преобладающими становились истероидные черты, драматизация, экзальтация, манипулятивное поведение, эгоцентризм, повышенное честолюбие, ощущение собственной уникальности и исключительности.

В старшей возрастной группе усложнялась социальная ситуация развития, проблемы и конфликты появлялись часто одновременно, в различных сферах ближайшего окружения молодого человека: семейной, учебной, межличностных отношений. В отличие от младшей группы, существенное значение приобретали романтические отношения.

Сочетание внешних нарастающих проблем и внутренней нестабильности, неспособности справиться со стрессовыми сложными ситуациями приводило к социальной и психологической дезадаптации несовершеннолетних, а в значительной части случаев — к развитию психопатологических состояний, преимущественно обусловленных реакцией на стресс, расстройствами адаптации и депрессивными расстройствами.

Важным фактором суицидального поведения является перфекционизм. Перфекционизм — стремление предъявлять к себе весьма высокие требования и следовать самым высоким стандартам [331].

J. Stoeber и J. H. Childs предложили многомерную модель, где учитывается два параметра, из которых складывается перфекционизм: перфекционистские стремления, или я-ориентированный перфекционизм (*perfectionistic strivings*), и перфекционистская озабоченность, или социально-предписанный перфекционизм (*perfectionistic concerns*) [399]. На основе этой модели авторы выделили три вида перфекционизма: сочетание высокого уровня перфекционистских стремлений и низкого уровня перфекционистской озабоченности (адаптивный или здоровый перфекционизм); сочетание высокого уровня и стремлений, и озабоченности (неадаптивный или нездоровый перфекционизм); людей с низким уровнем перфекционистских стремлений вне зависимости от уровня перфекционистской озабоченности авторы модели отнесли к неперфекционистам [399].

Еще в 1992 году P. Hewitt и G. Flett показали в своем исследовании, что именно социально предписанный перфекционизм значительно коррелирует с угрозой и намерением самоубийства. Также при помощи регрессионного анализа в исследовании было показано, что социально предписываемый перфекционизм влияет на суицидальные мысли и

намерения даже отдельно от депрессии и безнадежности. Авторы исследования сделали вывод, что суицидальный риск тесно связан с восприятием других людей как предъявляющих нереалистично высокие требования [400] (Hewitt, Flett, 1992).

Перфекционизм как фактор суицидального поведения и сейчас является актуальным предметом многих психологических исследований [401, 402, 403, 404, 405].

В систематическом обзоре были проанализированы исследования связи перфекционизма и суицидальных мыслей и попыток [402]. Авторы исследования пришли к выводу, что перфекционизм положительно связан с суицидальными мыслями и попытками как в популяционной, так и в клинической выборке, что подтверждает данные предыдущих исследований.

Перфекционизм рассматривается некоторыми авторами в контексте отношения к себе и самокритики. Так, в недавнем исследовании оценивался вклад самокритики в суицидальный риск, а также вклад таких факторов, как безнадежность, депрессия, поражение и чувство пойманности в ловушку (поражение и чувство пойманности относятся к моделям, описывающим суицид как крайнюю форму бегства от внутренней боли и средство решения неразрешимых проблем; к суициду человека приводит чувство неспособности справиться с трудностями, которое подкрепляется самокритикой) [403]. В исследовании приняли участие 101 взрослый, каждый из которых замечал за собой в течение последнего года суицидальные мысли или намерения. Батарея психологических методик включала в себя следующие опросники: шкала суицидального риска (The Suicide Probability Scale (Cull and Gill, 1988)), шкала безнадежности А. Бека, шкала депрессии Калгари (The Calgary Depression Scale for Schizophrenia (Addington, Addington & Schissel, 1990)), шкала поражения (The Defeat Scale (Gilbert and Allen, 1998)), шкала ловушки (The Entrapment Scale (Gilbert and Allen, 1998)), шкала самокритики и самоуспокоения, направленная на изменение самокритики и способности успокоить себя, когда что-то идет не так (The Forms of Self-Criticising / Attacking and Self Reassuring Scale (FSCRS; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles and Irons, 2004)). Результаты исследования показали, что оба компонента самокритики (самонападки (self-attacking) и неполноценность (inadequacy)) связаны с повышением суицидального риска, а самоуспокоение (Self-reassurance) — со снижением. Кроме того, было установлено, что чувство пойманности в ловушку опосредует связь между самонападками и суицидальным риском [403]. Таким образом, самокритика как следствие перфекционизма является значимым фактором суицидального поведения.

В другом исследовании перфекционизм рассматривался как фактор уязвимости, вследствие которой возникает так называемый суи-

цидальный нарратив (определенный образ мышления, приводящий к суицидальному кризису) [404]. Его авторы опирались на нарративно-кризисную модель развития суицидального поведения И. Галынкера, в которой суицидальная попытка представлена как результат сочетания уязвимости и стресса, что приводит к возникновению суицидального нарратива, который может перейти в суицидальный кризисный синдром, кульминацией которого и является суицидальная попытка [406]. Целью исследования было изучение связи между перфекционизмом (который рассматривался как фактор уязвимости), страхом унижения (который является одним из компонентов суицидального нарратива), суицидальным кризисным синдромом и предполагаемыми суицидальными мыслями и поведением в ближайшем будущем. В исследовании приняли участие 336 взрослых, которые проходили амбулаторное психиатрическое лечение. Для исследования применялся опросник суицидальных нарративов (оценивались перфекционизм и страх унижения). Для оценки выраженности перфекционизма использовалась адаптированная многомерная шкала перфекционизма. Тяжесть суицидального кризисного синдрома оценивалась при помощи опросника суицидального кризиса. Предполагаемые суицидальные мысли и поведение оценивались по шкале суицидального риска Колумбийского университета (оценка проводилась дважды с интервалом в месяц). Были получены результаты, указывающие на отсутствие прямого влияния перфекционизма на возникновение суицидальных мыслей и поведения, однако было показано, что перфекционизм влияет на возникновение суицидальных мыслей и поведения опосредованно. Перфекционизм связан с суицидальным нарративом (страх унижения), а также с суицидальным кризисным синдромом, который, в свою очередь, приводит к возникновению суицидальных мыслей и поведения. Авторы исследования делают вывод, что перфекционизм не оказывает прямого влияния на возникновение суицидальных мыслей и намерений, однако может быть связан с суицидальным поведением из-за страха унижения, приводящего к суицидальному кризисному синдрому.

Еще одно исследование связи суицидального поведения и перфекционизма выполнено с опорой на межличностную теорию самоубийства [405]. Согласно этой модели возникновение суицидальных мыслей связано с утратой чувства принадлежности («я одинок») и воспринимаемой обременительностью («я бремя для другого человека»). Согласно модели перфекционизма как социального разъединения (Social Disconnection Model) чрезмерный перфекционизм является фактором риска депрессии и самоубийства. Авторы описываемого исследования изучили роль перфекционизма как посредника в связи между межличностным дистрессом (т.е. воспринимаемой обременительностью, нарушением принадлежности, низкой связью с родителями и друзьями)

и суицидальными мыслями у подростков. Популяционная выборка состояла из 103 израильских подростков в возрасте 12—18 лет ($M = 15.5$). Использовались следующие методики: Шкала самоубийства Пайкеля (исключен пункт о суицидальных попытках), Шкала детского и подросткового перфекционизма (включала шкалы социально предписываемого и я-адресованного перфекционизма), Анкета межличностных потребностей (исследует компоненты межличностной теории: принадлежность и воспринимаемая обременительность), опросник связности подростков (The Hemingway: Measure of adolescent connectedness) (оценивал связь с родителями и связь с друзьями). Результаты исследования показали, что воспринимаемая обременительность, утрата чувства принадлежности и оторванность от родителей и друзей коррелируют с мыслями о самоубийстве. При этом значимых корреляций суицидальных мыслей и перфекционизма не было. Оказалось, что перфекционизм усиливает связь между интерперсональным дистрессом и суицидальными мыслями среди подростков. Авторы делают вывод о том, что подростки с выраженным перфекционизмом обладают особенно высоким суицидальным риском при столкновении с интерперсональным дистрессом (трудностями в межличностной сфере) [405].

В недавнем исследовании студентов-медиков была изучена связь между суицидальными мыслями и двумя дисфункциональными установками, распространенными среди студентов-медиков: нездоровым перфекционизмом (высокие стандарты, сопровождаемые чрезмерной самокритикой), и феноменом самозванца (чувство несостоятельности, несмотря на очевидность компетентности и успеха) [401]. В онлайн-опросе приняли участие 226 студентов-медиков одного учебного заведения. В опросе оценивались неадаптивный перфекционизм (Short Almost Perfect Scale (SAPS)), феномен самозванца (Leary Impostor Scale) и суицидальные мысли (Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R)). Были обнаружены значимые положительные связи между нездоровым перфекционизмом, феноменом самозванца и суицидальными мыслями. Получила подтверждение модель, предполагающая, что феномен самозванца опосредует связь между нездоровым перфекционизмом и суицидальными мыслями. Авторы исследования делают вывод о том, что среди студентов-медиков с выраженным нездоровым перфекционизмом высок риск возникновения синдрома самозванца, что приводит к повышенному риску самоубийства. Эти результаты показывают, что психокоррекционные усилия, направленные на снижение синдрома самозванца среди студентов с высоким уровнем нездорового перфекционизма, могут быть эффективны в снижении суицидального риска. Также авторы отмечают, что необходимы системные изменения для решения проблемы «культуры совершенства» медицины.

4.6. Интерперсональные факторы суицидального поведения: буллинг, одиночество и дефицит социальной поддержки, низкий социальный интеллект

Т.В. Авакян, Е.Н. Клименкова, Е.В. Борисоник, А.А. Федонкина

4.6.1. Интерперсональные факторы суицидального поведения: буллинг

Интерперсональные факторы суицидального поведения в подростковом и юношеском возрастах оказываются в центре внимания исследователей на протяжении многих лет в связи с тем, что наиболее влиятельные модели суицидального поведения являются интерперсональными или интегративными, учитывающими интерперсональные факторы наряду с другими.

В настоящее время исследования интерперсональных факторов суицидального поведения проводятся как на популяционной, так и на клинической выборках и нацелены не просто на констатацию влияния отдельного интерперсонального фактора на повышение суицидального риска в подростковом и юношеском возрастах, но на уточнение сложных взаимообуславливающих связей между различными интерперсональными факторами. Описанию этих исследований посвящен настоящий раздел.

Проблема буллинга среди детей и подростков остается острой в последние десятилетия. Результаты исследований свидетельствуют, что опыт буллинга в детском возрасте может повлечь за собой трудности социализации и проблемы со здоровьем [407]. У детей, переживающих травлю в среде сверстников, выше риски тревожно-депрессивных расстройств, суицидального поведения.

В психологической литературе под термином «буллинг» понимается широкий спектр социального поведения, которое классифицируется как агрессия: физический, эмоциональный, сексуальный, вербальный. Буллинг может быть прямым или косвенным. Важным критерием является то, что жертва не способна себя защитить в ответ на физическую или эмоциональную агрессию со стороны одного человека или группы.

Буллинг опасен тем, что конфликт происходит не между двумя равными сторонами, а является преднамеренным систематическим агрессивным поведением группы лиц по отношению к одному человеку, включающее неравенство социальной или физической власти [408]. У детей и подростков, которые находились в статусе жертвы агрессивного воздействия или травли, зачастую отмечается неустойчивая самооценка, трудности социальных контактов, выше риски тревожно-депрессивных расстройств, психосоматических нарушений [409, 410]. Рядом авторов отмечено, что у жертв буллинга повышается риск

суицидального поведения [411, 412, 413] (W. E. Copeland et al., 2013; M. K. Holt et al. 2015; I. Zych et al., 2017). В рамках исследования Y. Yang [414] было показано, что подростки, которые часто подвергались травле, имели в 12 раз больше шансов совершить попытку самоубийства, и в 6 раз чаще суицид был завершённым. Исследование, проведенное Л. Феединой, выявило, что молодые люди, подвергавшиеся буллингу, подвержены большему риску суицида, включая попытки самоубийства и самоповреждающее поведение [415]. Фактор жертвы буллинга может выступать в качестве предпосылки склуштинга, совершаемого подростками [416]. У взрослых, имеющих опыт травли в детстве, ниже удовлетворенность жизнью, они чаще испытывают трудности в построении социальных контактов [417]. Исследование Н.А. Польской [418], посвященное проблеме влияния школьного буллинга на формирование самоповреждающего поведения в подростковом возрасте, показало, что субъективная оценка взаимоотношений в классе как неприятных, тревожащих, пугающих, связываемая с ситуацией буллинга, оказывает влияние на частоту актов самоповреждения.

В работе М.А. Новиковой и А.А. Реана [419] на материале российских и зарубежных исследований описываются семейные предпосылки того, окажется ли ребенок в ситуации травли и какую роль он при этом займет. Факторы риска виктимизации ребенка включают в себя сверхконтролирующее поведение со стороны матери и низкую степень вовлеченности со стороны отца, а также спутанность отношений в рамках семейной системы и включенность ребенка в отношения со всеми членами семьи при отсутствии признаков сепарации. Также у детей с риском виктимизации существуют значимые различия в детско-родительских отношениях. Жертвами травли чаще становятся дети, поведение матерей которых тормозит овладение детьми характерными для их гендера социальными ролями (гиперопека по отношению к мальчикам, холодность и враждебность по отношению к девочкам).

Последствия буллинга наблюдаются не только у жертв, но и у инициаторов насилия. Систематически занимаемая роль агрессора может служить предпосылкой антисоциального расстройства личности, злоупотребления психоактивными веществами, тревожного и депрессивного расстройств во взрослом возрасте [420], а также может быть фактором риска совершения противоправных действий, в том числе насильственных [421]. Среди детей, регулярно участвовавших в буллинге, выше риск зависимого, делинквентного и самоповреждающего поведения [417]. Агрессоры также оказываются в группе риска по суицидальному поведению [422].

Помимо традиционных форм буллинга, встречающихся чаще всего в образовательной среде, в последние годы получил распространение ки-

бербуллинг, или целенаправленный и повторяющийся вред, наносимый с использованием электронных приборов [423]. Этим термином принято обозначать электронную травлю, проявления жестокости онлайн, то есть преднамеренные агрессивные действия, систематически осуществляемые против жертвы, которая не может себя защитить, с использованием электронных средств: социальных сетей, электронных писем, мобильных мессенджеров, сетевых игр и т.д. В зарубежной литературе приводятся подробные классификации подобных действий: выделяют flaming (оскорбления), harassment (настойчивое приставание, притеснение), sexting (рассылка фото и видео интимного содержания), denigration (клевета), slam-bookng (создание тематических страниц с комментариями) и много других видов онлайн-травли. Появляются формы, при которых сочетаются действия, совершаемые и в киберпространстве, и в реальной жизни, и количество таких действий неуклонно растет. В качестве примера комбинированного варианта, включающего элементы буллинга и кибербуллинга, представляет публикация в сети видео сцен реального насилия (happy slapping).

Кибербуллинг позволяет преследователю достигать свою жертву постоянно, в любое время. Одно враждебное действие преследователя может быть многократно повторено им на разных ресурсах и вольно или невольно «растиражировано» другими пользователями, что трансформирует однократный акт агрессии в повторяемый и создает эффект дисбаланса сил. Неравенство сил также создается за счет разного уровня цифровой компетентности [424].

Последствия кибербуллинга для жертвы могут включать в себя негативные переживания в виде грусти, злости, фрустрации, стыда, смущения, страха, тревоги и депрессии. Кроме эмоциональной составляющей результатом кибербуллинга могут быть явления школьной дезадаптации, трудности общения со сверстниками, а также членами семьи. У пострадавших от интернет-травли может появляться склонность к гетеро- и аутоагрессии, включая самоповреждения, суицидальные тенденции и попытки [425, 426]. В то же время и роль свидетеля, то есть систематическое наблюдение кибербуллинга, может вести к росту тревоги, снижению эмпатии, переживанию небезопасности среды и собственной беспомощности [423]. В последние годы увеличивается число исследований суицидального поведения подростков в результате кибербуллинга [427]. Пострадавшие от этого вида агрессии имеют вдвое больший риск суицидального поведения, чем те, кто подобного опыта не имел [428]. Так, исследование, проведенное среди 1963 учащихся 30 средних школ США, показало, что жертвы кибербуллинга в 1,9 раза чаще пытаются совершить самоубийство [429].

Проблема буллинга, как в офлайн-, так и в онлайн-пространстве, является сложной и многоаспектной. Последствия травли могут включать

в себя как возможные проблемы с психическим здоровьем, тревожно-депрессивные расстройства, суицидальное поведение, так и особенности формирования личности, сложности с дальнейшей социализацией. Последствия буллинга отмечаются не только у жертв, но также у свидетелей и самих авторов насилия, поэтому профилактические и коррекционные меры следует распространять на всех его участников.

4.6.2. Одиночество и социальная поддержка как факторы суицидального поведения

Одиночество является важным фактором риска суицидального поведения в подростковом и юношеском возрастах в ряде психологических моделей (например, в модели Джойнера). Под одиночеством авторы понимают негативное переживание или состояние, связанное с неудовлетворенной потребностью во взаимопонимании и недостатком близких эмоциональных связей со значимыми людьми.

Одиночество можно разделить на социальное и эмоциональное. Социальному в большей степени подвержены пожилые одинокие люди и те, кто находится в ситуации объективной изоляции (например, в период пандемии), а эмоциональное одиночество испытывают преимущественно подростки и люди юношеского возраста в силу возрастных психологических особенностей.

Наличие социальной поддержки, напротив, рассматривается многими авторами теоретических моделей суицидального поведения как протективный фактор суицидального поведения. Под социальной поддержкой авторы понимают убеждение человека в том, что о нем заботятся, любят, уважают и что он включен в социальную сеть.

В китайском многоцентровом исследовании учащихся средних и старших школ ($N = 8686$, возраст от 12 до 20 лет) оценивались связи между наличием суицидальных мыслей и чувством одиночества, виктимизацией, симптомами депрессии, академическим стрессом. 347 подростков (4%) сообщили о наличии суицидальных мыслей, и эта группа на статистическом уровне отличалась от подростков без суицидальных мыслей по всем исследуемым параметрам. По данным сетевого анализа ключевыми факторами, связанными с наличием суицидальных мыслей, оказались безнадежность, одиночество и вербальная виктимизация [430].

В исследовании, проведенном среди итальянских подростков ($N = 505$, возраст от 13 до 18 лет) в период пандемии COVID-19, о намеренном причинении себе вреда или суицидальной попытке сообщили 14,3% выборки. Кроме того, у этих же подростков показатели тревоги, депрессии и одиночества были достоверно выше. Показано, что подростки, сообщившие о наличии в их жизни эталонных взрослых фигур (в не-

которых случаях такими фигурами являлись родители), характеризовались более низкими показателями одиночества [431].

На выборке подростков в Гонконге ($N = 3575$, средний возраст — 14,2 года) исследовалось влияние множества факторов (демографических, семейных, школьных, психологических) на суицидальное поведение. Одиночество, наряду с симптомами депрессии и буллингом, было включено в окончательную регрессионную модель как наиболее значимый фактор возникновения суицидальных мыслей. В числе протективных факторов обнаружены самосострадание, установка на рост, самоконтроль, удовлетворенность жизнью [432].

В когортном исследовании филиппинских подростков показано, что одиночество является одним из значимых факторов суицидального поведения [433].

Рассмотрим современные исследования протективной роли социальной поддержки в суицидальном поведении у подростков и лиц юношеского возраста.

В китайском исследовании ($N = 14820$) оценивалось совместное воздействие неблагоприятного детского опыта (adverse childhood experiences) и социальной поддержки на несуйцидальное самоповреждающее поведение (NSSI), суицидальные мысли и попытки в подростковой выборке [434]. Исследование было проведено в школах в 2013—2014 годах, в выборку включались учащиеся в возрасте от 10 до 20 лет, респонденты заполняли анкеты о неблагоприятном детском опыте, социальной поддержке (параметры: объективная поддержка, субъективная поддержка и доступность поддержки), несуйцидальном самоповреждающем поведении (ударить себя, дернуть себя за волосы, удариться головой или кулаком о что-то, ущипнуть или поцарапать себя, укусить себя, порезаться или проколоть себя и обжечься), суицидальных мыслях («Случалось ли вам думать о самоубийстве в течение последних 12 месяцев?») и суицидальных попытках («Пытались ли вы покончить с собой за последние 12 месяцев?»). Практически все опрошенные школьники (89,4%) сталкивались с одним или несколькими видами неблагоприятного детского опыта (физическое насилие 20,3%, сексуальное насилие 13,3%, эмоциональное насилие 45,7%, физическое пренебрежение 64,2% и эмоциональное пренебрежение 58,5%), о несуйцидальном самоповреждающем поведении в течение последнего года сообщили 26,1% опрошенных, о суицидальных мыслях — 17,5%, о суицидальных попытках — 4,4%. Результаты исследования показали, что у учащихся, имеющих более высокие показатели неблагоприятного семейного опыта и более низкие показатели социальной поддержки, суицидальные мысли и суицидальные попытки оказались более распространенными. Сравнение влияния различных видов неблагоприятного детского опыта показа-

ло, что эмоциональное насилие особенно сильно увеличивает риск как несуицидального самоповреждающего поведения, так и суицидальных мыслей и попыток у мальчиков и девочек. Девочки оказались, в целом, более подвержены суицидальным проявлениям: опыт эмоционального насилия приводил к несуицидальному самоповреждающему поведению у девочек чаще, чем у мальчиков; также девочки с опытом физического насилия чаще, чем мальчики, сообщали о попытке самоубийства. У мальчиков с опытом эмоционального пренебрежения чаще, чем у девочек, встречались суицидальные мысли. Исследование показало, что низкий уровень социальной поддержки и наличие негативного детского опыта в совокупности оказывают влияние на количество попыток самоубийства в общей выборке и в подвыборке мальчиков. Одновременно с этим исследование показало, что, несмотря на негативный детский опыт, социальная поддержка оказывает протективное влияние и респонденты обоих полов с более высокой выраженностью воспринимаемой социальной поддержки реже прибегают к несуицидальному самоповреждающему поведению и попыткам самоубийства, им в меньшей степени свойственны суицидальные мысли.

В зарубежном исследовании были изучены динамические колебания ежедневного уровня воспринимаемой социальной поддержки в связи с наличием суицидальных мыслей [435]. В четырехнедельном исследовании участвовали 53 взрослых в возрасте 18—39 лет (средний возраст 23,52 года), совершивших попытку самоубийства в течение года до момента сбора данных. Результаты исследования показали, что социальная поддержка значительно варьируется изо дня в день: 45% оценок социальной поддержки отличаются как минимум на одно стандартное отклонение от предыдущей оценки. Социальная поддержка отрицательно связана с суицидальными мыслями в тот же день и на следующий день. Авторы исследования резюмируют, что социальная поддержка является изменяющимся во времени непостоянным фактором-буфером суицидальных мыслей.

В лонгитюдном исследовании изучалось влияние социального окружения и социальной поддержки на суицидальные мысли у американских подростков с низким доходом [436]. В период с 1998 по 2011 год было опрошено 6687 подростков (начиная с десятилетнего возраста), которые ежегодно сообщали о наличии или отсутствии суицидальных мыслей. Оказалось, что в среднем 14,3% подростков ежегодно задумываются о самоубийстве, причем факторами риска оказались такие события, как неизбежность насилия (*inevitability of violence* - понятие, предложенное А. Бандурой, измерялось в исследовании утверждениями «Невозможно избежать драк в моем районе» и «Когда я злюсь, мне обычно все равно, кто пострадает») и переезд в течение прошлого года. Протектора-

ми оказались повышенное восприятие контекстуальной безопасности (contextual safety — еще одно понятие из теории агрессии А. Бандуры, безопасность района и школы, где проживает и обучается подросток) и высокие показатели родительской теплоты, эти факторы привели к снижению риска. Полученные результаты показывают, что социальная поддержка и социальный контекст являются важными индикаторами суицидальных мыслей у подростков.

Результаты большого обзора исследований факторов суицидального поведения у молодежи (12—25 лет) показали, что положительная самооценка, интерес к жизни, личные качества и навыки преодоления трудностей, а также такой внешний фактор, как система социальной поддержки, способствуют устойчивости к суицидальному поведению среди молодежи [437]. К факторам, имеющим отношение к социальной поддержке, были отнесены наличие друзей в школе, поддержка со стороны взрослых (учителей), наличие сверстников с положительными качествами, включенность подростка в сообщество, где он может получать поддержку (вне школы), наличие поддержки в семье. Таким образом, социальная поддержка является важным фактором-буфером суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте [437].

В недавнем иранском исследовании была предпринята попытка изучить мотивы суицидальных попыток самоотравления среди молодых людей [438]. В исследовании проанализированы полуструктурированные интервью восемнадцати молодых людей в возрасте от 19 до 31 года — восьми мужчин и десяти женщин. Предметом исследования авторов был конструкт нестабильности в эмоциональных отношениях у лиц молодого возраста, совершивших суицидальную попытку. Под нестабильностью в эмоциональных отношениях авторы статьи понимают нарушение близких значимых межличностных отношений. Авторы выделяют следующие виды нестабильности в эмоциональных отношениях: эмоциональную несостоятельность (включает переживание супружеской измены, неудачи в романтических отношениях), эмоциональную травму (потерю источника эмоциональной поддержки, включая смерть родственников и сексуальное насилие со стороны членов семьи) и потерю эмоциональной устойчивости (сочетание эмоциональной несостоятельности и эмоциональной травмы которое формирует порочный круг событий, вызывающих эмоциональные проблемы — семейный кризис в результате развода, нарушение эмоциональных отношений (любовь, жизнь и семья), семейный кризис в результате инвалидности). Анализ развернутых ответов показал, что все выделенные виды нестабильности эмоциональных отношений вызывают у человека эмоциональный стресс в виде чувства позора, унижения, обремененности, никчемности и ничтожности, что увеличивает вероятность попытки суицида [438]. Это исследование показывает, что утрата источни-

ка эмоциональной поддержки может выступать предиктором суицидального поведения в молодом возрасте.

В другом качественном исследовании целью было выявление природы одиночества, переживаемого перед самоубийством, и его роли в связи с другими факторами суицидального поведения [439]. Были проанализированы 10 полуструктурированных интервью с мужчинами и женщинами в возрасте 20—25 лет (средний возраст 22,5 года). В ходе анализа интервью были выделены следующие темы: одиночество (включая социальную изоляцию, отсутствие эмоциональной связи, отсутствие чувства понимания), модели социальной поддержки (отчужденность и дефицит поддержки от родителей, предпочтение поддержки друзей, а не членов семьи, сильная зависимость от одного человека — наличие единственного близкого друга), личностные качества (социально предписанный перфекционизм и тревожный характер), эмоциональная скрытность (сокрытие эмоций от других, разделяющееся на подтемы: ожидаемая стигма, то есть страх рассказать о проблемах с ментальным здоровьем друзьям, и автономия, то есть нежелание обращаться за медицинской помощью) и социальный переход (то есть изменения в статусе, переезд, поступление в колледж и др.). Авторы резюмируют, что факторами-буферами чувства одиночества и тесно связанных с ним суицидальных мыслей и намерений являются позитивные отношения с родителями, общение с людьми, обладающими похожим опытом, или наличие друзей более чем из одной группы.

В недавно проведенном китайском исследовании была предпринята попытка изучить механизм взаимодействия жесткого воспитания и суицидальных мыслей в контексте китайской культуры [440]. Авторы исследования предположили, что самооценка является фактором, опосредующим связь стиля воспитания и суицидальных мыслей, а школьная социальная поддержка является фактором-буфером. В исследовании приняли участие 4189 китайских подростков. В ходе него были использованы следующие опросниковые методики: опросник жесткого воспитания (*harsh parenting*), школьной социальной поддержки, самооценки и суицидальных мыслей. Результаты подтвердили наличие связи между жестоким воспитанием и суицидальными мыслями у подростков, а также опосредующую роль самооценки в этой связи. Также подтвердилась гипотеза о буферной роли социальной поддержки в школе; те подростки, которые имели одновременно высокие показатели поддержки и жесткого воспитания, отличались более низкими показателями суицидальных мыслей, чем те, у кого была низкая самооценка.

Таким образом, дефицит социальной поддержки является одним из важнейших факторов риска суицидального поведения у подростков и людей молодого возраста.

4.6.3. Нарушения социального познания

Социальное познание включает в себя способность человека выстраивать внутренние репрезентации других людей, понимать свои переживания и эмоции другого человека, интерпретировать поведение людей с учетом их возможных намерений, потребностей, целей, чувств, оценивать социальную ситуацию. Социальное познание может быть рассмотрено в рамках разных моделей — социального интеллекта, ментализации, эмоционального интеллекта, «модели психического» [441]. В данном параграфе рассмотрены исследования, выполненные с разными подходами, учитывающие роль социального познания в формировании суицидального поведения.

Ведущей деятельностью в подростковом возрасте является общение, поэтому особое значение имеют сложности, возникающие именно в интерперсональной сфере (Н.Ю. Ветрова). Суицидальные мысли и попытки у подростков связаны с трудностями в межличностных отношениях. В соответствии с многочисленными интерперсональными теориями формирования суицидального поведения (например, интерперсональной теорией Джойнера) исследования указывают на связь между дезадаптивным социальным функционированием и суицидальными мыслями и поведением подростков. Многочисленные исследования показывают, что подростки, склонные к суициду, испытывают ряд межличностных трудностей [442]. Согласно трехшаговой модели суицида Д. Клонски проблемы в социальном познании могут быть одним из факторов, в результате которого неудачи и лишения в жизни воспринимаются как «ловушка», что приводит к формированию суицидальных намерений. И, напротив, развитое социальное познание можно отнести к модераторам совладания.

Еще исследования 90-х годов выявили связь между суицидальным риском и дефицитом навыков решения межличностных проблем, слабой ориентацией на решение проблемы, которая проявляется в наборе убеждений, отражающих предполагаемую угрозу благополучию, сомнениях относительно способности решить проблемы и склонности пессимистично оценивать результат [442]. Современные исследования продолжают изучение связи суицидального риска в подростковом возрасте с бедными социальными навыками. Формирование просоциального поведения и создание сетей поддержки имеют важное значение для смягчения факторов риска суицидального поведения в подростковом возрасте [443]. Бедные навыки решения социальных проблем приводят к повышению суицидального риска в ответ на проблемы в межличностной сфере. Подростки с более высоким риском суицидального поведения склонны к поиску отрицательной обратной связи от окружающих [41].

Многочисленные исследования доказывают взаимосвязь эмоционального интеллекта с суицидальным риском. Способность под-

ростков понимать и справляться с собственными эмоциями снижает суицидальный риск и повышает резистентность [444], поэтому в литературе его часто рассматривают как один из буферных факторов, препятствующих формированию суицидального поведения. Эмоциональный интеллект способствует снижению интенсивности суицидальных мыслей, отчасти благодаря тому, что помогает подросткам осознавать поддержку, которую они получают со стороны учителей и семьи, друзей [6]. Высокий эмоциональный интеллект способствует формированию более адаптивных стратегий совладания с проблемами [445]. Подростки с более высоким эмоциональным интеллектом более успешны в социальных взаимодействиях. Благодаря умению сопереживать и слушать они могут выстроить вокруг себя сеть социальной поддержки, которая в кризисной ситуации сможет дать им опору. Можно проследить и другую взаимосвязь: детские психологические травмы приводят к меньшему объему социальной и эмоциональной поддержки, что, в свою очередь, препятствует развитию некоторых аспектов эмоционального интеллекта [6]. Проблемы в отношениях с родителями и друзьями приводят к тому, что подросток чувствует себя непонятым, он никому не нужен, может замкнуться в себе. Отрицательные эмоции ведут к дезадаптивному поведению. Низкий эмоциональный интеллект не дает возможности подростку разобраться в своих переживаниях и понять реакции значимых близких. Данные исследования показывают отрицательную связь между эмоциональным интеллектом и демонстративностью, можно предположить, что подростки с низким уровнем эмоционального интеллекта склонны к суицидальным попыткам по типу «призывы о помощи» [446]. Эмоциональный интеллект является посредником между руминациями и суицидальными мыслями, а также модулирует связь между суицидальными мыслями и воспринимаемым стрессом [444].

Как и высокие показатели эмоционального интеллекта, высокий социальный интеллект, по данным исследований в студенческой выборке, отрицательно связан с суицидальным риском [447]. Статистический анализ показал, что высокий социальный интеллект предотвращает отрицательные последствия (виктимизацию и депрессию) буллинга среди подростков [448], что косвенно снижает и суицидальный риск. Важную роль в генезе суицидального поведения А.Г. Амбрумова отводила скорости и степени социальной дезадаптации. Низкий социальный и эмоциональный интеллект, напротив, способствует дезадаптации [447].

Данные исследования показали также, что ментализация являлась единственной независимой переменной, позволяющей предсказать более высокий суицидальный риск у взрослых пациентов, госпитализированных в ПБ [442]. Гиперментализация, или чрезмерное приписывание

психических/эмоциональных состояний другим людям, связана с недавними суицидальными мыслями и попытками у подростков, госпитализированных в стационар. Нарушения ментализации включают в себя искажения в обработке информации и, в частности, представляют собой неточную интерпретацию доступной социальной информации. Например, гиперментализация предполагает, что люди чрезмерно интерпретируют социальные взаимодействия и сигналы на основе доступной информации. Нарушения ментализации связаны также с другим общеизвестным фактором суицидального риска — нарушением эмоциональной регуляции [8]. Развитие ментализации в терапии подростков стало важным фактором, предопределяющим снижение самоповреждающего поведения [442].

Таким образом, оценка социальных когнитивных дефицитов дает важное представление о процессах, лежащих в основе межличностных проблем, связанных с суицидальными мыслями и попытками.

Раздел 5. Научно обоснованные модели профилактики суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах

5.1. Первичная и вторичная профилактика суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах

Е.В. Борисоник, Е.Н. Клименкова

Профилактика суицидального поведения включает в себя комплекс мероприятий, направленных на снижение суицидального риска. Так же часто употребим термин «суицидологическая превенция». В суицидологии принято выделять первичную, вторичную и третичную профилактику суицидального поведения. Под первичной принято понимать комплекс мероприятий, проводимых как с населением в целом, направленных на психообразование, так и непосредственно с группой риска. Целью первичной профилактики является предотвращение суицидального поведения. Вторичная профилактика включает в себя комплекс интервенций, проводимых с людьми, совершившими суицидальную попытку, для снижения суицидального риска в будущем. Третичная профилактика проводится с окружением суицидента [449].

5.1.1. Первичная профилактика

В подростковом возрасте первичная профилактика проводится в основном в школах. Большую часть времени подростки проводят в ней, поэтому она является значимой средой для проведения программ психологической профилактики. К задачам первичной профилактики суицидального поведения можно отнести создание психологически безопасной среды в школе, диагностику психолого-педагогических особенностей учащихся, создание системы психолого-педагогической помощи для учеников, проведение классных часов, тренингов, направленных на укрепление буферных факторов, проведение психообразовательной работы с учителями и родителями по разъяснению факторов суицидального риска. Важным этапом является выделение детей, относящихся к группе риска [450].

В недавнем систематическом обзоре была оценена эффективность программ профилактики подростковых самоубийств на базе школы, выделены виды вмешательств и факторы эффективности программ профилактики [451]. Авторы обзора отобрали 29 исследований, и только в 12 из них были получены данные о снижении выраженности суицидальных мыслей и намерений в экспериментальной группе (по сравнению с кон-

трольной). В тех исследованиях, где отсутствовали контрольные группы, показатели эффективности выше: в более чем 70% работ были получены результаты, указывающие на снижение показателей суицидальных мыслей и намерений после реализации программы. К недостаткам имеющихся исследований эффективности описанных программ помощи относят то, что в оценке эффективности не принимали участие сотрудники школ, участвующие в реализации программ, а также то, что в проектировании программ не принимали участие адресаты психологической помощи — сами подростки. Авторы исследования делают вывод, что для повышения надежности оценки эффективности подобных программ необходимо привлекать сотрудников школы и самих подростков.

Использование новых технологий для предотвращения подростковых суицидов является актуальным предметом исследования, что подтверждается недавним обзором [452]. Было показано, что на первом месте по распространенности стоят исследования по использованию телемедицины, на втором — мобильные приложения, и на третьем — распознавание языка. Мобильные приложения, направленные на профилактику суицидального поведения, в основном используются для диагностики депрессивных симптомов и суицидальных мыслей, а также для клинической оценки состояния с помощью текстовых сообщений. Авторы обзора отмечают, что к преимуществам телемедицины и мобильных приложений относится их доступность, они могут использоваться как предваряющий очное клиническое обследование инструмент. Несмотря на плюсы, лишь в нескольких исследованиях была доказана эффективность именно этих технологий для предотвращения самоубийств среди подростков (изолированно от других видов помощи). Еще одним перспективным методом профилактики является разработка алгоритмов, способных распознавать людей, подверженных риску самоубийства, на основе изучения языка сообщений в социальных сетях. Авторы обзора делают вывод о том, что необходимы дальнейшие исследования эффективности современных технологий как инструмента профилактики суицидов у подростков [452].

В статье австралийского коллектива авторов описаны интервью с молодыми людьми, имеющими активные суицидальные мысли [453]. У участников интервью до момента начала терапевтического вмешательства были выявлены суицидальные мысли, симптомы депрессии умеренной или тяжелой степени, а также 73% опрошенных сообщили о предыдущей попытке самоубийства. Проинтервьюированы 15 пользователей закрытого веб-сайта Affinity (возраст 17—24 года), включающего в себя: терапевтический контент (в виде комиксов), одноранговые социальные сети (сети, в которых нельзя писать личные сообщения, а только публиковать публичные текстовые записи и получать комментарии, а также комментировать записи других пользователей) и модерацию со стороны

врачей (они предоставляли рекомендации, информацию и эмоциональную поддержку пользователям). В исследовании не проводилась оценка эффективности Affinity для снижения выраженности депрессивных симптомов или суицидальных мыслей, но все опрошенные отмечали, что общение на сайте помогло им справиться с суицидальными мыслями. Авторы исследования отмечают, что важным условием для подобных терапевтических вмешательств является безопасность среды, в которой происходит общение.

Еще одним инструментом профилактики суицидов у подростков в некоторых странах мира является использование видеоматериалов, в которых представлены личные рассказы подростков об опыте преодоления своих суицидальных мыслей и получении помощи. Авторы двойного слепого рандомизированного контролируемого исследования отмечают, что эффективность использования этих видео ранее специально не изучалась [454]. В исследовании приняли участие 299 подростков и людей юношеского возраста в возрасте от 14 до 19 лет, все участники исследования заполняли шкалу безнадежности А. Бека для оценки выраженности суицидального риска. Испытуемые были случайным образом распределены для просмотра интервенционного видео ($N = 148$) или контрольного видео, не связанного с психическим здоровьем ($N = 151$). Оба видеоролика были небольшими по продолжительности (до пяти минут), представляли собой личные рассказы. В интервенционном видео 17-летний юноша рассказывал свою личную историю о суицидальном кризисе и о том, как он с ним справлялся. Герой видео описал обстоятельства, которые вызвали его суицидальный кризис, рассказал, как пережил его, подчеркивая важность активного обращения за помощью и выделяя различные источники помощи (учителей, друзей, профессионалов). В конце видеоролика был представлен список источников профессиональной психиатрической помощи для подростков и молодежи. В контрольном видео тот же герой рассказывал о питании, о том, как он поддерживает форму и ведет здоровый образ жизни. В конце видео был представлен список ссылок на публикации о питании и здоровом образе жизни. Оба видеоролика были похожи по стилю и формату.

Все участники эксперимента заполняли батареи психологических методик в три этапа: до просмотра видеороликов, сразу после и через четыре недели. До просмотра видео собирались социально-демографические данные, оценивалась выраженность суицидальных мыслей с помощью опросника причин жизни для подростков (Reasons for Living Inventory for Adolescents, состоит из 32 пунктов) и ряд показателей, связанных с суицидальными мыслями: 1) намерение обратиться за помощью оценивалось с помощью общего опросника из 10 пунктов (General Help-seeking Questionnaire), в котором респонденты указывают вероятность обраще-

ния к различным ресурсам помощи в случае возникновения суицидальных мыслей; 2) отношение к самоубийству оценивалось с помощью шкалы когнитивных установок по отношению к самоубийству (Cognitions Concerning Suicide Scale), состоящей из 20 утверждений, респондентам предлагалось выразить степень своего согласия; 3) стигма самоубийства оценивалась с помощью краткой версии шкалы стигмы самоубийства, состоящей из 12 пунктов (Stigma of Suicide Scale); 4) текущее настроение оценивалось с помощью подшкалы «Настроение» шкалы аффективного состояния (Affective State Scale), состоящей из восьми описывающих настроение прилагательных («веселый», «грустный» и др.), респонденты оценивают, насколько каждое прилагательное соотносится с их настроением в данный момент; 5) уязвимость оценивалась с помощью шкалы безнадежности Бека; 6) идентификация с героем видеоролика оценивалась после просмотра с помощью шкалы идентификации Коэна (10 утверждений, например «Во время просмотра видео я почувствовал эмоции персонажа X»); 7) на последнем этапе исследования (через четыре недели после просмотра видео) оценивался эффект от просмотра ролика — испытуемым предлагалось ответить на вопрос, к какой группе, по их мнению, их отнесли («группа вмешательства» или «контрольная группа»). Выраженность суицидальных мыслей, намерение обратиться за помощью, отношение к самоубийству, стигма самоубийства, настроение, уязвимость оценивались на всех трех этапах исследования.

Результаты исследования показали, что просмотр интервенционного видеоролика приводит к значительному снижению суицидальных мыслей, а также к увеличению числа обращений за помощью, в том числе через четыре недели после просмотра, но в большей степени у испытуемых женского пола (мужчины реже обращаются за помощью). Еще один важный показатель, связываемый с суицидальным риском, — благоприятное отношение к самоубийству, — значительно снизился после просмотра видеоролика. Авторы исследования считают, что важную роль в снижении суицидальных мыслей после просмотра видеоролика сыграла идентификация испытуемых с героем видео (герой ролика был того же возраста, что средний возраст испытуемых). Важными для профилактики суицидов моментами видеоролика авторы исследования считают то, что герой описывает как индивидуальное преодоление суицидального кризиса, так и активный поиск помощи и успех в этом поиске, и призывает зрителей последовать его примеру [454].

5.1.2. Вторичная профилактика

К общепринятым подходам, используемым в работе с подростками и детьми с суицидальным риском и после суицидальных попыток, принято относить когнитивно-бихевиоральную терапию (КБТ), диалектико-

поведенческую терапию (ДБТ) и терапию, основанную на привязанности. Терапия, основанная на ментализации, признана эффективной для взрослых и становится все более популярным подходом для подростков, однако исследований, подтверждающих ее эффективность, проведено еще недостаточно [455].

В КБТ особое внимание уделяется работе с поведенческими симптомами депрессии, подчеркивается важность работы с дефицитом навыков в стратегиях совладания со стрессом, решения проблем в межличностных отношениях, социальных проблем и участия в приятных занятиях. Когнитивный компонент работы обычно фокусируется на выявлении, анализе и коррекции дезадаптивных схем, автоматических мыслей и когнитивных искажений, которые приводят к переживанию событий в чрезмерно негативном ключе. В целом, КБТ для подростков с депрессией направлена на формирование когнитивных и поведенческих навыков, которые необходимы для создания поддерживающих отношений и регулирования эмоций [456].

Диалектико-поведенческая терапия направлена на развитие навыков регуляции эмоций, навыков перенесения дистресса, коммуникативных навыков и осознанности.

Психотерапия, основанная на привязанности, опирается на теорию привязанности Дж. Боулби, структурную семейную терапию и терапию, сфокусированную на эмоциях. Целью ее служит изменение качества привязанности подростка к родителю для создания более безопасных отношений, которые могут поддержать в момент кризиса [457].

В обзоре, включающем 25 исследований: 21 по диалектической поведенческой терапии для подростков и 4 по терапии для подростков, основанной на ментализации, сообщалось о значительном улучшении состояния — снижении количества суицидальных мыслей и попыток, количества самоповреждений (с суицидальным намерением или без него), симптомов пограничного расстройства личности, депрессивных симптомов, проблем с поведением [458]. Отечественные исследования подтверждают эффективность использования КБТ среди выборки подростков 15—19 лет с суицидальными мыслями и попытками (20%) в бригадном подходе, сочетающем психотерапию с фармакотерапией в течение двух месяцев по три сеанса в неделю в стационаре. Положительная динамика отмечалась у 86% подростков (снижение показателей по шкале депрессии и суицидального риска) [459].

В другом отечественном исследовании в качестве подхода была выбрана логотерапия с частичным заимствованием техник из когнитивно-бихевиоральной терапии и психодрамы. Исследование было проведено также в рамках стационара и сочетало в себе психологическую помощь и фармакотерапию. Общее количество сессий варьировалось от трех

до шести. В выборку были включены подростки с самоповреждающим поведением, пассивными суицидальными мыслями и суицидальными попытками. Результаты показали снижение по шкалам безнадежности и одиночества, уменьшалась выраженность поведенческого избегания. Вместе с тем подростки стали чаще использовать активный копинг, повысилась ценность отношений с родными и близкими, улучшилась способность к ментализации [460].

Помимо конкретного психотерапевтического подхода важную роль в психотерапии играет качество альянса, эмпатичность терапевта, умение воспринять юного пациента как равноправного участника терапевтического процесса. Эффективность «кризисного плана» зависит от степени включенности подростка в его составление и занятия субъективной позиции по отношению к лечению [455].

Важным отличием психологической работы с ребенком от взрослого является включение семьи подростка в психотерапию. Семья играет важную роль в формировании суицидального поведения и может как выступать в качестве важного антисуицидального фактора, так и служить фактором риска развития суицидального поведения [455]. Данные исследований показывают преимущества использования семейной психотерапии (КБТ, сфокусированной на семье, семейной системной психотерапии, семейной терапии, основанной на привязанности, недирективной поддерживающей терапии с вовлечением семьи) в сравнении с индивидуальной психотерапией для снижения суицидального риска у подростков [461]. Протоколы психотерапии, включающие работу с семьей, перекликаются между собой, важной целью является развитие коммуникативных навыков и умения регулировать эмоции. Продолжительность и конкретное наполнение программ часто зависит от диагноза подростка. Нередко внимание уделяется и переживаниям родителей, которые воспринимаются не только как буферный фактор или фактор риска формирования суицидального поведения, а как отдельные клиенты, нуждающиеся в психологической помощи [457]. В некоторых регионах РФ в программу профилактики отдельно включена помощь родителям. Так, в Краснодарском Крае разработана психообразовательная программа для семей подростков с суицидальным поведением, куда включено психообразование с изучением факторов риска и буферных факторов суицидального поведения, социально-психологическая поддержка семьи, направленная в том числе на снижение стигматизации и самостигматизации. Психообразование также включает себя информацию о комплексной помощи, которая необходима для суицидента [26].

Медико-социальные рекомендации в России включают в себя 10 сеансов с психотерапевтом в стационаре и еще 10 — в амбулаторном формате [30]. Также реализована антисуицидальная программа «Твой вы-

бор», которая включает в себя групповой формат работы с подростками, в задачи которого входят: коррекция эмоционального состояния, формирование адекватной «Я-концепции», повышение уровня стрессоустойчивости, развитие копинг-стратегий, работа с импульсивным и аутодеструктивным поведением, коррекция когнитивных искажений. Большая роль отводится работе с жизненными целями, отношениями с семьей и сверстниками. По итогам проведения программы количество повторных обращений подростков с суицидальным риском снизилось на 42%. Проект «Твой выбор» включает в себя и группу психологической поддержки для родителей подростков с самоповреждающим и суицидальным поведением [462].

Другим важным звеном вторичной профилактики является телефон доверия. Детский телефон доверия служит для оказания экстренной помощи, за которой могут обратиться подростки, переживающие психологический кризис, с актуальными суицидальными намерениями или антивитаальными переживаниями. Работа по телефону доверия имеет ряд преимуществ: это помощь, которая оказывается конфиденциально, круглосуточно, подросток или ребенок может прибегнуть к ней самостоятельно, без помощи родителей. Статистика детского всероссийского телефона доверия показывает, что 45% запросов связано с антивитаальными переживаниями и только в 1% случаев у подростка есть четко сформулированный план. Подросток, позвонивший на телефон доверия, часто переживает чувство одиночества, брошенности. План работы включает в себя оценку суицидального риска, помощь в переживании кризисной ситуации, ориентацию на поиск путей совладания и ресурсов. Важным моментом является мотивация абонента, его готовность к получению дальнейшей психологической помощи, информированию о возможных путях ее получения. Суицидальное поведение подростков часто является «криком о помощи». Статистика показывает, что более чем в 90% случаев психолог на телефоне доверия может предотвратить суицидальные действия [463]. Похожие данные получены и за рубежом: в исследовании приняли участие подростки, уже находящиеся в группе риска суицидального поведения, критерии включения — наличие суицидальных мыслей (57%) или суицидальной попытки (32%) в течение последних трех месяцев. Почти половина респондентов (45%) сообщили, что был момент, когда они начали предпринимать какие-то действия, чтобы покончить с собой, но остановились. Процент успешности телефонных консультаций соотносится с отечественными данными: 94% звонков заканчиваются снижением суицидального риска. Исследования показывают, что телефонное консультирование привлекает подростков из разных демографических и клинических подгрупп (множественные попытки суицида в анамнезе, злоупотребление ПАВ, повышенный уро-

вень агрессии) [464]. Телефонное консультирование может быть частью психотерапевтической работы с подростком, в этом случае ребенок или родитель может обратиться к психологу или психиатру, с которым ребенок уже знаком. Например, кризисные звонки являются обязательной частью диалектико-поведенческой терапии. Эти данные показывают важность включения телефона доверия в профилактику суицидального поведения.

Вторичная профилактика может осуществляться и в рамках школы. В некоторых странах предусмотрен протокол / план реагирования на чрезвычайные ситуации, его называют кризисным планом или планом безопасности. Целью его является быстрая организация эффективной помощи после несчастных случаев, суицидов и т.д. Работа может осуществляться как в индивидуальном, так и в групповом формате, например со всем классом, в котором произошел суицид. Протокол предполагает оценку эмоционального состояния учащихся, поиск способов совладания с кризисной ситуацией, оценивает факторы уязвимости, которые могут повлиять на динамику состояния. Психологическая работа направлена на возможность отреагировать и разделить с другими травматический опыт, помощь в адаптации и поиск выхода из проблем, тренинг адаптивных копинг-стратегий. Помощь самому суициденту обычно оказывается вне школы специалистами в области психического здоровья. Важной частью работы с родителями, учителями, одноклассниками является психообразование, включающее в себя развенчивание мифов о суицидальном поведении, нормализация кризисных реакций. Для эффективности такой помощи важно как можно более раннее вмешательство (поственция) и эмпатическая поддержка, которая призвана помочь активизировать уже имеющиеся способы совладания. Среди подходов может быть использована фокусированная на травме когнитивно-бихевиоральная психотерапия и глазодвигательная терапия, допускается использование арт-терапии, метафорических карт [465].

Вторичная профилактика, в отличие от первичной, проводится обычно специалистами в области психического здоровья, чаще всего в бригадном подходе. Психолог или психотерапевт работает в рамках КБТ, ДБТ, терапии, основанной на привязанности, в групповом или индивидуальном формате. Важной дополнительной частью является обеспечение оперативной, доступной психологической помощи по телефону доверия. Цель психотерапии состоит в работе с факторами риска: импульсивностью, симптомами депрессии, сложностями в ментализации, — а также в развитии адаптивных копинг-механизмов, когнитивной реструктуризации. Важной частью лечения является привлечение семьи к психотерапевтической работе.

5.2. Работа с группами риска. Модель профилактики агрессивного и аутоагрессивного поведения.

Навигатор профилактики

Е.Г. Дозорцева, В.Д. Бадмаева, А.А. Федонкина, Е.В. Борисенко

5.2.1. Оценка рисков суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах

В настоящее время не существует универсальной психодиагностической методики, позволяющей достоверно определить риск суицидального поведения. Трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и частота неожиданных для окружающих случаев суицида несовершеннолетних, тенденции к диссимуляции ими суицидоопасных состояний осложняют работу специалистов. Тестовые методики, опросники и анкеты являются одними из наиболее распространенных диагностических инструментов, используемых при оценке суицидального риска. Специализированные методики делятся на включающие относительно прямые вопросы о наличии суицидальных мыслей и переживаний — и выявляющие индивидуальные личностные факторы, наиболее тесно связанные с высокой вероятностью совершения суицида. Широкое распространение имеют клинические опросники, используемые в медицинской практике врачами и клиническими психологами.

Медицинские работники широко используют метод, основанный на анализе социодемографических и поведенческих данных (пол, возраст, имеющиеся психические и соматические заболевания, наличие суицидальных попыток и т.д.) и позволяющий рассчитать риск суицида. Однако данный метод не является высокоточным и, скорее, помогает собрать необходимую информацию и определить среди пациентов категорию людей с низким риском суицида [466].

Структурированные интервью и развернутые методики обычно используются в клинической практике медицинскими психологами и специалистами в области психического здоровья. К наиболее распространенным методам данной группы можно отнести Колумбийскую шкалу тяжести суицида, Опросник суицидальной идеации, Колумбийский скрининг суицидов, Шкалу вероятности суицида.

Краткие или экспресс-методики включают скрининговый тест «Спроси про суицид», Опросник риска суицида, Скрининг риска суицида, Шкалу самооценки ожидаемого суицидального риска. Они предназначены для использования в ситуации ограниченности временного ресурса.

Дети и подростки не всегда способны сознательно отслеживать суицидальные тенденции, тем более не всегда готовы говорить о них со взрослыми. Риск суицида ассоциирован со многими психологическими проблемами и психическими расстройствами и значительно увеличива-

ется при их коморбидности. Особое внимание следует уделять депрессивным состояниям и самоповреждениям. В работе с несовершеннолетними для выявления депрессии применяются Шкала безнадежности Бека и Шкала оценки депрессии у детей. К числу опросников для диагностики риска самоповреждений относятся Интервью о самоповреждающих мыслях и поведении, Опросник суицидальной идеации и Опросник утверждений о самоповреждении.

Определение связи между различными факторами суицидального риска является сложной задачей для клинической практики, а прямой статистический анализ не всегда демонстрирует достаточную эффективность, поэтому в последнее время надежды специалистов обращены к методам и технологиям искусственного интеллекта, к которым, в частности, можно отнести алгоритмы машинного обучения. Для моделей, функционирующих на основе обучения, требуются показатели психометрических опросников и шкал, полученные на выборке пациентов с попытками суицида, а также социодемографические данные пациентов. По разным исследованиям такие модели имели разную, но относительно высокую (от 70 до 90%), степень достоверности предсказания суицида [467, 468]. Кроме того, применение данного метода возможно не только в клинической практике, на пациентах, имеющих суицидальные попытки, но и в общей популяции, в превентивных целях. Информация для анализа может быть получена, например, из сведений, содержащихся в открытом доступе в социальных сетях [469].

5.2.2. Модель профилактики агрессивного и аутоагрессивного поведения

В настоящем разделе представлено описание моделей и программ, ориентированных на первичную и частично вторичную профилактику девиантного поведения детей и подростков, к которому относятся гетеро- и аутоагрессивное поведение.

Одна из таких моделей успешно апробирована на материале исследования успешности ее внедрения в младшей школе. Программа под названием «Умелый класс» была построена группой сотрудников МГППУ под руководством Р.В. Чиркиной [470] на основе прототипа, разработанного Б. Фурманом и М. Ахолой [471]. Это программа ранней профилактики девиантного поведения, ориентированная на формирование социальных навыков и принятие социальных норм у учащихся начальных классов. Согласно основной методике, ключевой фигурой в процессе является сам учащийся. Он сам решает, какой навык ему стоит изучить. Внимание при этом уделяется сильным сторонам и уже освоенным ребенком навыкам, а небольшие шаги и положительные изменения становятся значительными факторами мотивации. «Умелый класс» уделяет особое внимание социальному сообществу и

тому, как школьники могут учиться друг у друга. Программа задает алгоритм освоения навыков, состоящий из 15 последовательных шагов, начиная с выбора навыка либо преобразования проблемы в навык и заканчивая празднованием успеха и передачей своего опыта другим. Школьники всем классом осваивают один из 6 общегрупповых навыков, который они выбрали как наиболее актуальный для класса, а затем переходят к выбору и освоению одного из 22 индивидуальных навыков. Допустимо, чтобы несколько учащихся выбрали один и тот же навык для освоения и сформировали группу для совместного освоения этого навыка. Освоение навыков происходит в безопасном пространстве, где задаются правила игры, построенные по принципу позитивной обратной связи: нужно замечать и отмечать достижения других детей, на ошибки реагировать условным сигналом-напоминанием. Игровая ситуация задается карточками с названием, изображением и описанием навыков, а также символикой и атрибутикой шагов: выбор «существа силы» — героя навыка, сигнала-напоминания, образа будущего праздника.

Программа «Умелый класс» работает с поведенческими паттернами: это помогает предотвратить прямой буллинг, характерный для младшей школы (обзывательства, порчу вещей и др.), через тренировку навыков, которые помогают общаться в ненасильственном и уважительном ключе. Одновременно программа дает возможность сформировать отношения внутри коллектива, основанные на поддержке сильных сторон каждого ученика.

Программа «Объединение интересов семьи и учителей», разработанная и широко применяемая в Канаде и США, также направлена на раннее вмешательство в развитие ребенка и нацелена на поведенческие факторы риска противоправного поведения в будущем. Эта программа ориентирована на детей, учеников 1—5 классов школы, и их семьи, проживающие в районах повышенного риска. Субъектами реализации программы, проводимой в течение 10 недель, выступают специалисты по работе с детьми, родители, СМИ, медийные персоны (Promising and model crime prevention programs). Эффект программы доказан результатами исследования, которое показало, что дети, принявшие участие в программе, имели лучшие навыки решения проблем и разрешения конфликтов и более низкий уровень агрессивного поведения, чем те, кто в ней не участвовал.

Программа сосредоточена на трех основных компонентах (сессиях): классное обучение решению проблем и социальным навыкам; коррективная работа поведения на игровой площадке; обучение родителей.

Объем учебного курса составляет 20 часов занятий. Каждая сессия соответствует одному и тому же формату и состоит из лекции и ролевой игры по определенному социальному навыку или навыку решения проблем, структурированной групповой практики навыков, неструктурированной свободной игры, а также обзора навыков и ежедневных наград. Родителей учат, как создать домашнюю обстановку, наиболее благоприятную

ятную для поддержания дисциплины и нахождения детей под присмотром. Обучение осуществляется в школе, где обучаются дети, в формате серии из шести встреч. Каждая встреча предусматривает лекцию, обзор результатов домашних практических упражнений, обсуждение вопросов на текущую неделю, ролевые игры, а также презентацию домашних практических упражнений на следующую неделю.

Еще одна программа реализуется во многих американских и канадских полицейских департаментах. В рамках этой программы, получившей название «Полицейская спортивная лига», сотрудники полиции проводят с мальчиками и девочками спортивные тренировки, помогают с домашними заданиями и другими школьными делами. Цель программы состоит в том, чтобы укрепить отношения между полицией и молодежным сообществом, удержать детей от незаконных действий, помочь развивать и защищать детей, используя образование, отдых, социализацию и искусство, чтобы вдохновить их вести значимую и продуктивную жизнь [472]. Программа обеспечивает занятие детей многими видами спорта (футболом, баскетболом и др.), позволяет разрабатывать и осуществлять другие значимые социальные мероприятия. Полицейские участвуют в работе образовательных ресурсных центров, предлагающих безопасное пространство вне формального класса для повышения образовательного уровня детей. Занятия по формированию навыков выживания в природных условиях имеют для детей характер приключений. Они развивают их коммуникативные качества, укрепляют доверие и учат работать в команде.

Среди программ, реализуемых в США и Западной Европе, интерес представляет проект «Медиаторы». Он включает в себя ряд практик, которые можно использовать не только на первичном, но и на всех этапах профилактики деструктивного поведения. Состоит программа из трех блоков: уличное воспитание, взаимодействие с семьей и взаимодействие со школой. Такой комплексный подход является наиболее эффективным с учетом психологии подростков [473].

Первый блок программы — уличное воспитание, которое проводится специалистами и волонтерами на улицах проблемных районов с целью вовлечения трудных подростков в активную позитивную деятельность. Организаторы таких мероприятий привлекают внимание молодежи тем, что устраивают бесплатные мастер-классы, лекции и другие занятия прямо на улицах, рассказывают о ближайших событиях или бесплатных кружках в их районах, куда дети могут пойти заниматься живописью, музыкой или активными видами спорта.

Второй блок реализуется на основе деятельности семейного психолога. Специалисты занимаются неполными или бедными семьями, выступая в них медиаторами-посредниками в случаях непонимания между старшими и младшими членами семьи. Они консультируют каждого чле-

на семьи и обращают их внимание на то, что все люди индивидуальны и требуют определенного подхода — особенно дети и подростки.

Третий блок программы направлен на развитие школьной деятельности, причем не только детей, но и учителей. Комплекс мер позволяет проводить дополнительные уроки для детей, у которых возникли проблемы с успеваемостью; тренинги для учителей (в том числе психологические); дополнительные занятия для детей, такие как кружки и секции для развития компетенций, которые пригодятся не только в рамках школы, но и за ее пределами.

Организация медиации предполагает фиксацию и распознавание некоторых из предупреждающих знаков (сигналов), указывающих на то, что учащийся может представлять угрозу для школы. Если медиаторы наблюдают какие-либо из этих признаков у учащегося, они срочно сообщают об этом школьному персоналу. Потенциально склонный к насилию ученик обычно демонстрирует более одного из проблемных видов поведения. Важно, чтобы медиаторы могли вовремя сигнализировать о наличии в поведении подростка маркеров непосредственной угрозы, которые требуют немедленного вмешательства.

Большое внимание в США уделяется разработке программ, ориентированных на психологическое благополучие учащихся. В этой связи интерес представляет программа оценки угроз, которая была утверждена на уровне штата Вирджиния в 2019 г. Программа нацелена на устранение угроз до того, как произойдут насильственные действия. Она не только оценивает эти угрозы, но и предлагает различные направления деятельности, обеспечивающие безопасность школ, одновременно помогая учащимся с проблемным поведением. В штате Юта работает специальная справочная служба по кризисным ситуациям, которая обеспечивает учащимся доступ к консультантам по кризисным ситуациям и конфиденциальным средствам сообщения об издевательствах, насилии и угрозах. По всей стране эксперты в области образования внедряют в школы обучение социальным и эмоциональным навыкам и консультации медиаторов.

На принципах наставничества основан и проект «Наставник как старший брат или сестра», который получил распространение в Европе, США и Канаде и представляет собой инструмент профилактики деструктивного поведения и раннего вмешательства в его пресечение. Основная идея проекта — личная и добровольная помощь детям, где тщательно отобранный и обученный волонтер взаимодействует один на один с ребенком в возрасте 7—17 лет и помогает ему справиться с несложными психологическими проблемами. Отношения между волонтером и ребенком контролируются и методически обеспечиваются психологами, социальными работниками и другими специалистами [474]. Волонтер (большой друг) и ребенок (маленький друг) встречаются раз в неделю и проводят вместе не менее

двух часов. В начале дружбы они подписывают договор о дружбе, который длится год. По истечении одного года договор расторгается или продлевается еще на один год по взаимному согласию ребенка, волонтера, родителей ребенка и координаторов программы. Программа помогает детям, которым не хватает непосредственного внимания и поддержки, не имеющим положительного взрослого образца для подражания.

Программа уделяет особое внимание детям, которые: подвергались эмоциональному, физическому или сексуальному насилию; были заброшены, испытали отчуждение и насмешки со стороны сверстников; потеряли кого-то из близких членов семьи или чьи родители развелись; живут в семье, где физическое наказание или злоупотребление алкоголем либо наркотиками является нормой.

Универсальная программа профилактики насилия среди молодежи, весьма успешно реализуемая в США и за их пределами, называется «Корни эмпатии». Проект развивает у детей сочувствие, он направлен на то, чтобы они могли построить мир, которого они заслуживают. Этот проект и его программы охватили более миллиона детей во всем мире. Были выполнены исследования, подтверждающие их позитивное влияние. Школы обеспечиваются психологами, проводящими работу с молодежью: профилактические беседы о недопустимости насилия; обучение ненасильственным навыкам для разрешения споров; уроки эмпатии. Психолог в рамках тренинга жизненных навыков обучает детей управлению гневом и методам разрешения конфликтов [475].

5.2.3. Навигатор профилактики и памятки по различным видам девиантного (отклоняющегося) поведения

Модель комплексной профилактики девиантного поведения, одним из видов которого является аутоагрессивное (суицидальное и самоповреждающее) поведение, представлено в недавно созданном и активно применяющемся в настоящее время образовательными организациями инструменте профилактики, который носит название «Навигатор профилактики и памятки по различным видам девиантного (отклоняющегося) поведения» [476] и разработан в Московском государственном психолого-педагогическом университете в сотрудничестве с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. «Навигатор профилактики» состоит из методических материалов по признакам девиаций, действиям специалистов органов и организаций системы образования в ситуациях социальных рисков и профилактике девиантного поведения обучающихся.

Материалы «Навигатора профилактики» содержат признаки различных видов девиантного поведения, которые могут выявить у конкретного ребенка в школе специалисты (педагоги, педагоги-психологи, социальные

педагоги, администрация), а также алгоритм действий сотрудников образовательных организаций в случае обнаружения таких признаков. В «Навигаторе профилактики» представлены памятки по всем основным видам отклоняющегося поведения, в том числе агрессивного, суицидального, самоповреждающего, риска нападения обучающегося на образовательную организацию (признаки риска совершения особо опасного деяния). Алгоритм действий специалистов включает в себя меры, которые следует предпринять как внутри образовательной организации, так и в рамках межведомственного взаимодействия специалистов органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. Каждый вид отклоняющегося поведения, их основные признаки и формы проявления имеют особую цветовую индикацию, которая помогает ориентироваться в «Навигаторе профилактики» как своеобразном путеводителе профилактики. Среди прочих в нем содержатся признаки рискованного поведения онлайн, несуицидального самоповреждающего поведения, риска нападения обучающегося на образовательную организацию (признаки риска совершения особо опасного деяния) и специальный алгоритм действий. Общий алгоритм действий может быть использован специалистами образовательной организации в процессе профилактической работы с детьми, подростками и их родителями. Предложенные в памятках алгоритмы действий педагогов и иных специалистов учитывают не только психологическую, психолого-педагогическую и социально-психологическую специфику поведенческих проблем, но также и правовой контекст в процессе реализации комплексной помощи детям и семьям.

Памятка, посвященная суицидальному и самоповреждающему поведению, ориентирует педагогов и других специалистов образовательной организации на фиксацию как поведенческих признаков, которые могут свидетельствовать о риске такого поведения, так и на ситуации, имеющие для ребенка психотравмирующий характер и способные провоцировать подобное поведение. К ситуационным обстоятельствам, заслуживающим особого внимания, относятся, в частности, семейное насилие, травля или игнорирование сверстниками, несчастная любовь или разрыв романтических отношений, а также любая ситуация, которая переживается ребенком как глубоко ранящая, обидная, несправедливая. Его реакциями на подобные обстоятельства могут быть длительное снижение настроения с ощущением безнадежности, одиночества, резкие изменения поведения и успеваемости, рискованное поведение, заявления о нежелании жить и т.п. При наблюдении таких признаков сотрудникам рекомендуется инициировать дополнительный сбор информации о ребенке, обращение к родителям, разработку программы мер помощи как внутри образовательной организации, так и на межведомственном уровне.

Памятка по агрессивному поведению посвящена признакам агрессивного поведения и киберагрессии. Признаками физической агрессии

являются драки, удары, шлепки и толчки, а признаками психологического насилия (в том числе в интернете) — насмешки, угрозы, распространение слухов, жестокие розыгрыши, коллективное игнорирование. Даются рекомендации также по выявлению жертв агрессии и оказанию им помощи. Памятка включает в себя возможные действия педагогов в конфликтных и иных ситуациях, связанных с подобным поведением, как непосредственно при обнаружении случаев насилия, так и в дальнейшем при реализации профилактических мер.

Нападение обучающегося на образовательную организацию представляет собой особо опасное деяние и может рассматриваться как смешанная форма между агрессивным и аутоагрессивным поведением, так как в замыслы большинства так называемых «скулшутеров» (хотя огнестрельное оружие использовалось ими лишь в нескольких случаях) в качестве финального действия входило самоубийство. Памятка, посвященная риску такого нападения, включает в себя три группы критериев, характерных для несовершеннолетних, совершивших подобные действия или планировавших их. К поведенческим признакам подростков относятся агрессивные высказывания, интерес к агрессии в сети Интернет, компьютерным играм с агрессивными сюжетами, интерес к оружию, проявление сниженного настроения и суицидальных тенденций, высказывание суицидальных намерений, игнорирование норм и т.п. Личностные особенности таких подростков обычно включают в себя тревожность, интроверсию, враждебность к окружающим, склонность к накоплению негативных переживаний. Средовыми факторами могут быть травля или игнорирование со стороны сверстников, отсутствие поддержки со стороны семьи. Памятка предлагает рекомендации по экстренному реагированию сотрудников образовательной организации в случаях непосредственной опасности и меры профилактики, если угроза является лишь потенциальной. Профилактические меры следует ориентировать на выделяемые мишени коррекционно-развивающего воздействия для снижения риска общественно опасного деяния, а также на использование приведенных в памятке индивидуально-психологических и социально-средовых факторов защиты для повышения устойчивости подростка к неблагоприятным факторам и дальнейшего позитивного развития.

Существенным достоинством представления алгоритмов действия в «Навигаторе профилактики» является их визуализация в виде схем, описывающих порядок и возможную последовательность действий специалистов образовательных организаций. Представленные инструкции могут перестраиваться и выполняться в иной конфигурации в зависимости от конкретного социального или семейного контекста, индивидуальных особенностей несовершеннолетнего, доступных социальных ресурсов помощи ребенку и его семье.

5.3. Профилактика суицидального поведения и формирования зависимости от ПАВ у подростков и лиц юношеского возраста

Т.В. Агibalова, О.В. Рычкова

5.3.1. Типология профилактических программ

Более полувека назад Джеральд Каплан издал работу, посвященную новому направлению в области охраны психического здоровья — так называемой «превентивной психиатрии», или психопрофилактике [477]. Опираясь на современные ему данные социологии и иных общественных наук, ученый обозначил в качестве необходимой основы сохранения здоровья (включая психическое) наличие таких важных благ (basic supplies), как материальные (пища, жилье, транспорт и др.), психосоциальные (отношение окружающих, принятие, социальная сеть и поддержка и т.д.) и социокультурные (ценности, роли, права человека в обществе). Отсутствие этих благ ведет к возникновению различных расстройств, в том числе психических. Также автор обозначил и некоторые зависящие от индивида условия развития расстройств. В числе последних — присущая субъекту степень уязвимости, компетентность в совладании с нагрузками, навыки организации собственной жизни. Имеют значение и кризисы, обусловленные критическими жизненными событиями. Каплан подчеркивал, что при организации и проведении профилактической работы необходимо «постоянно учитывать многофакторную природу сил, провоцирующих или облегчающих психические расстройства» [477]; последние понимались широко, включая и поведенческие девиации.

Данный подход на долгие годы предопределил логику построения различных программ, направленных на профилактику психических расстройств, поведенческих девиаций и иных нарушений функционирования; сохраняет он актуальность и в настоящее время, хотя отдельные положения были дополнены и переформулированы. Так, большое значение приобрела идея важности индивидуальных ресурсов субъекта и возможности их развивать в ходе организованных мероприятий. Таким путем складывается баланс внутренних и внешних протективных и патогенных факторов. Возможность выделения факторов каждой группы, их систематизация и оценивание с точки зрения влияния на здоровье субъекта могут стать основой для проектирования и разработки различных по охвату и задачам профилактических программ.

Кроме того, Каплан предложил концепцию трех видов профилактики — первичной (для предотвращения появления каких-либо нарушений), вторичной (для предотвращения ухудшения возникших состояний или отклонений) и третичной профилактики (предназначена для уменьшения тяжести последствий имеющихся расстройств или поведенческих про-

блем). Модель трех видов профилактики предполагает единое поле интервенций, но не отражает специфики именно профилактической работы. Поэтому со временем она была вытеснена иной, в рамках которой профилактические программы рассматриваются прицельно и различаются уже не на основе определения этапа развития заболевания, а по ориентации на параметры целевой аудитории [478]. Следствием этой новой модели стали успешно используемые по сей день концепты универсальной профилактики (предлагается широкому кругу лиц, имеет целью снизить вероятность появления нежелательного состояния), селективной (ориентирована на определенную группу лиц «высокого риска», содержит мероприятия, препятствующие расстройству) и индикативная (ориентирована на уже имеющих проблемы лиц, осуществляется с целью купирования ухудшения состояния и нежелательных его последствий). Заметим, что в модели Гордона речь идет именно о профилактике, поскольку кроме нее (в разных вариантах) он обосновывает собственно лечение и поддержку (как часть долгосрочной программы помощи после лечения, например в реабилитации). Анализ последней модели показывает, что в ней три вида профилактики не синонимичны вариантам по Дж. Каплану, так как в его видении вторичная и третичная профилактика фактически неотличимы от лечения, что технологически оформляется в определенную медицинскую или психологическую интервенцию.

5.3.2. Программы универсальной профилактики суицидального поведения и формирования зависимости от ПАВ у подростков и лиц юношеского возраста

Классификация программ по модели Гордона многократно применялась для разработки, описания и обоснования профилактических мероприятий, направленных на уменьшение суицидального поведения, аддиктивного, агрессивного и иного девиантного поведения, и по настоящее время является основой для разработки все новых программ. В последние годы такую профилактику иногда называют экологической из-за ее воздействия на все компоненты среды, в которой живет человек. Программы этого типа предполагают изменения широкого круга: начиная от общественной жизни, отношений, правового регулирования до культурной и социальной составляющей. Необходимо заметить, что при составлении универсальной программы может быть определена целевая группа или некая часть общества (например, дети школьного возраста или студенты университетов), но данная группа берется целиком и выделяется скорее на основании необходимости особого подхода в организации работы, но не на основании скрининга и определенных с его помощью проблем (поскольку в последнем случае профилактика становится селективной или индикативной).

С первых лет возникновения профилактического направления в медицине и в социальной практике стали предлагаться программы предотвращения самоубийств, являющиеся универсальными, целевая аудитория которых определялась максимально широко. Так, при содействии Всемирной организации здравоохранения начиная с 1960-х годов многие развитые страны реализовывали национальные планы предотвращения самоубийств. Такие планы содержали целый ряд мероприятий из числа следующих: ограничение доступа к смертоносным средствам, программы информирования о рисках на базе школ, различные просветительские мероприятия для лучшей осведомленности населения, контроль контента и ответственное освещение связанных с темой суицида событий в средствах массовой информации, изменения в организации медицинской помощи подверженным риску лицам и в области алкогольной политики (последнее примечательно, так как отражает тесную связь суицидального поведения и употребления ПАВ).

В систематическом обзоре с использованием экспертных оценок оправдавшими себя и доказанно снижающими число завершенных суицидов признаны меры контроля над анальгетиками и затруднение доступа к так называемым «горячим точкам» (где возможно падение с высоты) [479]. Особенно значимым представляется результат данного метаобзора в отношении доказанной эффективности программ информирования, проводимых на базе школ. Оценивались и некоторые меры селективной профилактики, включая процедуры скрининга, мероприятия в службе экстренной медицинской помощи и иные; авторы обзора полагают, что меры селективной профилактики требуют дополнительной проверки.

В последующие годы проведенные исследования доказали эффективность программ универсального типа, направленных на обеспечение поддерживающей, протективной школьной среды, организуемой путем создания позитивного и благоприятного климата для учащихся, содействию развития у них ориентации на просоциальные и гуманистические нормы и ценности. В числе таких эффективных универсальных профилактических программ можно назвать следующие: игра «Хорошее поведение» (Good Behavior Game — GBG), программа «Источники силы» (Sources of Strength), «Признаки самоубийства» (Signs of Suicide — SOS).

Игра «Хорошее поведение» широко известна. Она предложена специалистами штата Балтимор, США, в 1990-х гг. и ориентирована на учеников начальных классов, начиная с первого года обучения в школе. Программа проводится учителем и представляет собой особую стратегию управления классом. Направлена она на знакомство ребенка с ролью ученика и члена классного сообщества, на общее улучшение поведения детей в классе. Учитель организует разделение детей на небольшие группы и устраивает соревнование между ними, поощряя наиболее эф-

фективную группу. Тем самым у детей формируются и закрепляются мотивация соответствовать критериям хорошего поведения и паттерны такого поведения. Играя в GBG, дети учатся командной работе, получают одобрение за активность и соблюдение правил в классе, практикуются в мониторинге и управлении собственным поведением. Обширные лонгитюдные исследования показали, что учащиеся с опытом GBG в последующие годы реже нуждаются в услугах специалистов по охране психического здоровья, реже обнаруживают расстройства, связанные с употреблением любых ПАВ, имеют более низкие показатели депрессии, антисоциального расстройства личности в зрелом возрасте, реже совершают самоубийства, становятся правонарушителями или попадают в тюрьму за насильственные преступления [480]. Наличие такого сочетанного эффекта свидетельствует не только о высоком качестве программы, но и в пользу сопряженности всех указанных черт и поведенческих проявлений, а также подтверждает значимость влияния агрессивного и деструктивного поведения в детском возрасте на возникновение многих иных проблем, включая суицидальность и употребление ПАВ в более старшем возрасте.

Основной идеей программы «Источники силы» стало предположение о том, что подростки и молодые люди со значительно большей вероятностью расскажут о своем состоянии и склонности к суициду сверстникам, нежели взрослым. Поэтому программа предполагает использование специально обученных сверстников, лидеров в группах своего возраста для того, чтобы выявить учащихся, у которых могут быть суицидальные мысли, и организовать для них взаимодействие с помогающим взрослым. Программа призвана таким способом сократить разрыв между подростками и взрослыми, используя возможности социальных сетей сверстников для создания такого качества общения, групповых норм и культуры взаимодействия, которые позволят предотвратить самоубийства, насилие, издевательства и злоупотребление ПАВ [481]. В программе последовательно осуществляются мероприятия по поиску и созданию источников поддержки для лиц, имеющих трудности адаптации, по развитию у них протективных навыков и качеств, формированию психологической устойчивости и способностей к преодолению трудностей, в том числе с опорой на сообщество. Важно, что программа не нацелена именно на лиц с адаптационными затруднениями (или иных лиц группы риска), она основана на универсальном подходе к предотвращению самоубийств и иных нежелательных проявлений среди всех обучающихся в школе или ином учебном заведении. Обозначенные лидеры общественного мнения из числа подростков или лиц юношеского возраста, принадлежащие к различным социальным группам (включая даже подростков из группы риска), обучаются навыкам изменения норм

и поведения своих сверстников путем проведения четко определенных мероприятий под руководством взрослых; в первую очередь это затрагивает паттерны коммуникации, обмен сообщениями. Цель состоит в том, чтобы изменить нормы, распространяемые посредством общения внутри групп сверстников, изменить восприятие типичного поведения и социальных последствий поступков. Так, лидеры-ровесники моделируют и в дальнейшем поощряют такие формы поведения, как привлечение «взрослых, которым можно доверять» для улучшения коммуникации со взрослыми в целом, создание ожидания того, что друзья попросят взрослых о помощи тем своим ровесникам, кто испытывает проблемы или склонен к суициду (тем самым уменьшается сама идея приемлемости, допустимости суицида). Также поощряется использование любых общественных и межличностных ресурсов для помощи лицам с суицидальными тенденциями, распространяется информация о таких ресурсах (и проводится идея о приемлемости их использования). В неоднократно проведенных исследованиях эффективности доказано, что подготовленные лидеры-сверстники действительно помогают укрепить позитивное поведение в тех социальных группах, в которые они включены, могут содействовать росту социальной сети и налаживанию взаимодействия со взрослыми тех подростков, которые склонны к суициду [481].

Признание программы «Источники силы» как результативной привело к тому, что в настоящее время существует несколько ее вариантов для предотвращения самоубийств и депрессии; например, программа Wingman-Connect, вышедшая за пределы только учебной среды (и примененная в военном училище). Программа обучает лидеров любого подразделения навыкам формирования социальных связей, достижения групповой сплоченности, придания смысла работе, управления карьерными и личными стрессорами и собственным состоянием, с постепенным включением этих навыков в организационную культуру учреждения. Проведенные рандомизированные исследования свидетельствуют, что в результате внедрения программы эффекты в виде меньшей выраженности симптомов депрессии и суицидальных мыслей более отчетливы в сравнении с подразделением, где проводился традиционный тренинг управления стрессом [482]. Восприятие участниками принадлежности к сплоченному и поддерживающему коллективу предопределило основной эффект в виде снижения суицидальных мыслей и симптомов депрессии, то есть профилактики суицида.

«Признаки самоубийства» — это программа для средних и старших классов школ, которая учит подростков распознавать признаки депрессии и самоубийства у себя и своих сверстников, а школьных специалистов, родителей и членов сообщества — распознавать учащихся из группы риска и принимать меры для оказания им помощи. Программа

была разработана в штате Массачусетс специалистами некоммерческой организации и поддержана рядом профессиональных ассоциаций психологов и учителей США. В основе программы лежит психообразовательный подход, и она фактически объединяет две известные стратегии предотвращения самоубийств в единую программу. А именно, она сочетает образовательную программу, направленную на повышение осведомленности о самоубийстве и связанных с ним проблемах, и программу осведомленности о депрессии, ее признаках, с приемами скрининга симптомов депрессии и иных факторов риска, связанных с суицидальным поведением. Программа также фокусируется на таком признаке подростковой депрессии, как проблемное употребление алкоголя. В дидактическом компоненте программы SOS присутствует следующая концепция: самоубийство часто прямо связано с психическим заболеванием, обычно с депрессией, а не является нормальной реакцией на стресс. Основная цель программы состоит в том, чтобы научить подростков реагировать на признаки самоубийства у себя и других людей немедленно, определенным образом — как на признаки сердечного приступа, требующего оказания неотложной помощи. Молодых людей учат распознавать признаки и симптомы самоубийства и депрессии и выполнять конкретные действия, необходимые для реагирования на эти признаки. При проведении занятий используются видеоматериалы, специальные руководства, и даже тестирование полученных навыков. Исследования показали, что программа SOS продемонстрировала значимое снижение количества попыток самоубийства, уменьшение интенсивности переживаний суицидальной тематики, рост осведомленности и формирование точных представлений о суициде, депрессии и их факторах [483]. Также в группах школьников, ставших участниками программы SOS, отмечено более терпимое и чуткое отношение к друзьям, которые могут проявлять признаки суицидальных намерений, и более высокая готовность к получению помощи при появлении симптомов депрессии или суицидальных намерений [484].

Многокомпонентная программа повышения осведомленности молодежи о психическом здоровье была разработана и апробирована в рамках проекта «Спасение и расширение возможностей молодых жителей Европы» (Saving and Empowering Young Lives in Europe — SEYLE). Данная профилактическая программа была направлена на укрепление психического здоровья подростков, обучающихся в европейских школах, и апробирована в 11 европейских странах [485]. Она включает три подпрограммы: обучение кураторов, программу повышения осведомленности учеников о психическом здоровье и профессиональный скрининг подростков из группы риска [486]. Рандомизированные исследования для оценки эффективности были проведены в каждой из стран. Удалось по-

казать, что подростки, принимавшие участие в программе, имели значительно более низкие показатели как суицидальных переживаний и планов, так и реальных попыток самоубийства (за 12-месячный период наблюдения). Причем наиболее эффективной показала себя подпрограмма психообразовательная — «осведомленность молодежи о психическом здоровье» (Youth Aware of Mental Health — YAM) [487]. YAM представляет собой пятичасовое мероприятие, ориентированное на всех учащихся в классе. Оно включает в себя проведение интерактивных ролевых семинаров, обучающих навыкам преодоления проблемных ситуаций в реальной жизни, стресса, тревоги, депрессии и суицидального поведения (на начальных его этапах). Подросткам предоставляется также наглядный материал в форме буклетов по перечисленным темам и информация о различных службах помощи, включая организации здравоохранения. Эффективность программы оценивается специалистами как высокая, поэтому она в настоящее время активно используется и внедряется специалистами уже и за пределами Европы.

5.3.3. Программы селективной и индикативной профилактики суицидального поведения и формирования зависимости от ПАВ у подростков и лиц юношеского возраста

Как отмечено ранее, селективная профилактика ориентирована на группу лиц «высокого риска», поэтому первостепенное значение имеют методы скрининга суицидального поведения (и иных, тесно с ним связанных поведенческих нарушений, включая употребление ПАВ). Традиционно для прогностической оценки суицидального риска применялся клинический подход, либо психологическое тестирование с определением степени выраженности симптомов депрессии, тревоги, личностной патологии. В последние годы все более широко используются цифровые технологии: тестирование на основе компьютерных программ, использование смартфонов для мониторинга разных форм суицидального поведения в режиме реального времени.

В суицидологии проблема выделение маркеров актуального суицидального поведения или прогностическая его диагностика вызывают значительную полемику, ведущуюся длительное время. На роль основных маркеров предлагались: предыдущие попытки самоубийства, психические расстройства (особенно депрессия и другие расстройства настроения), злоупотребление алкоголем и другими ПАВ, социальная изоляция, значительная социальная стрессированность, иные. Сложность выбора критерия для его использования с целью определения группы риска связана с тем, что перечисленные факторы значимы скорее для появления суицидальных идей, нежели для собственно суицидальных действий. Попыткой разрешить данную проблему стали модели, предлагающие

использовать в качестве маркера более тонкие психологические особенности, такие как переживания безнадежности или импульсивность. Еще одной сложностью является несовершенство методов оценки, преимущественно опирающихся на данные самоотчетов, притом что респонденты часто стремятся отрицать суицидальные мысли из-за страха перед нежелательными мерами (например, принудительной госпитализацией). Не останавливаясь на данном аспекте подробно, отметим, что существует огромная потребность в стандартизированных методах оценки риска самоубийства, которые не основываются на явных самоотчетах и клинической оценке врача или психолога, и разработка таких методов, безусловно, позволит лучше обосновать и организовать программы селективной профилактики.

На сегодняшний день селективная профилактика включает программы, разработанные для той или иной группы лиц, подверженных риску суицидального поведения, например пациентов, страдающих аффективными расстройствами, употребляющих ПАВ, или иных. Типичными стратегиями селективной профилактики являются подготовка мероприятий и обучение специалистов медицинской сети, подготовка и обучение лиц, для которых запланирована роль кураторов, нередко предполагается работа с родителями подростков, имеющих проблемы. Цели программ включают выявление патологических черт или форм поведения (чаще нескольких) у лиц группы риска и организацию ряда мероприятий, направленных на предотвращение суицидального поведения, формирования зависимости от ПАВ, иных форм рискованного поведения, в том числе у лиц с различными психопатологическими состояниями (или коморбидной патологией). Чем более точно описана проблематика лиц целевой группы и намечены уже имеющиеся проблемы, тем ближе программа к индикативным профилактическим. Во многих случаях точное отнесение программы к селективной или индикативной невозможно, а само их разделение представляется искусственным (поэтому они будут рассмотрены в одном разделе).

Одним из подходов к работе с лицами групп риска является основанный на идее подготовки кураторов или наставников. Последние выступают в этой роли на добровольных началах, в качестве волонтеров. Создание таких программ сопряжено с рядом проблем этического свойства: участие в них предъявляет высокие требования к лицам, которые стали наставниками, и само наставничество как инструмент профилактики порой оспаривается. Тем не менее существуют программы с доказанной эффективностью. В числе таковых — «Большие братья и большие сестры» (Big Brothers Big Sisters — BBBS) [474], проект с более чем столетней историей. В последние десятилетия чаще используется для поддержки развития молодежи путем удовлетворения потребности в

позитивных контактах со взрослыми, и для снижения риска нежелательного поведения, в том числе употребления ПАВ, либо иного деструктивного поведения. Качество работы волонтера-наставника обеспечивается его подготовкой, которую осуществляют профессионалы (психологи, социальные работники и др.), они же контролируют и эффективность взаимоотношений наставника с его подопечными, оказывают иную помощь наставнику. Существует регламент отношений наставника и подростка: встреча раз в неделю не менее чем на два часа, отношениям предшествует подписание договора о дружбе, которая длится не менее года, после чего договор расторгается либо может быть продлен; указанные действия согласованы с родителем ребенка. Очевидно, что программа призвана компенсировать недостаток поддержки со стороны взрослых, обеспечивает положительный образец для подражания, помогает в том числе родителям, если выполнение ими обязанностей по воспитанию по какой-то причине затруднено.

В фокусе программы BBBS могут находиться разные группы подростков, в том числе склонные к употреблению ПАВ или с иным нежелательным поведением. Проведенные в последние годы исследования эффективности таких программ показали, что подростки, имеющие наставников, начинают употреблять алкоголь в более позднем возрасте, чем их сверстники, и реже к нему прибегают [488], то есть наставничество, скорее, эффективно как первичная профилактика (по модели Каплана). Те исследования, в которых изучалось влияние наставничества на употребление наркотических веществ, дают менее оптимистичные результаты и показывают, что большее значение в обращении к ПАВ имеет наличие наставника из числа родственных подростку лиц, членов семьи [489].

Еще одним вариантом работы с подростками групп риска или с теми, кто уже столкнулся с серьезными проблемами, является повышение осведомленности и обучение практикующих специалистов, особенно врачей первичного медицинского звена (педиатров, терапевтов, семейных врачей). По данным многих исследований (которые здесь не приводятся) значительная часть подростков, совершивших суициды или погибших в результате интоксикации ПАВ, незадолго до смерти обращались за первичной медицинской помощью по тем или иным причинам. Поэтому привлекать медицинских специалистов к решению проблемы представляется логичным. Но чтобы принять участие в профилактике самоубийств среди молодежи, употребляющей психоактивные вещества, медицинские работники должны быть обучены выявлять признаки как риска самоубийства, так и начавшегося употребления ПАВ. На постоянной основе профессиональные ассоциации педиатров в США проводят обучение по специальным программам, формирующим компетенции,

которые позволяют педиатрам и семейным врачам выполнять эти задачи. Аналогичные программы существуют и в других странах [490]. Безусловно, компетенции для определения суицидального риска у подростков необходимы психиатрам и наркологам. Обучение специалистов служб охраны психического здоровья, повышение их квалификации в этом направлении давно стало обычной и необходимой практикой.

Предлагались для широкого круга специалистов и краткие обучающие программы, такие как «Вопрос — Убеждение — Направление» (Question, Persuade, Refer — QPR), представляющие собой алгоритмизированный протокол для выявления и последующего направления на лечение лиц, имеющих высокий суицидальный риск. Программа проводится с участием инструктора и симулированных пациентов [491] и позволяют специалистам повысить свою эффективность в работе с проблемной группой. Эта программа прочно вошла в число рекомендуемых Управлением по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами и психическому здоровью (Substance Abuse and Mental Health Services Administration — SAMHSA) США. Похожие краткосрочные обучающие программы предлагаются консультантам по химической зависимости; результаты оценки эффективности отсутствуют.

Безусловно, имеет значение использование индивидуальной психотерапии для подростков с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, и суицидальными тенденциями. В настоящий период времени не накоплено достаточно данных, свидетельствующих о сравнительной эффективности разных вариантов психотерапии, но исследования проводятся. Опубликованные обзоры [492] свидетельствуют о меньшей, в сравнении со взрослыми лицами, эффективности ДПТ (диалектико-поведенческой терапии). Несколько лучше выглядит результат при использовании интегрированной КПТ (когнитивно-поведенческой терапии). Для последней проверялся 12-месячный протокол, который включал методы воздействия на дисфункциональные мысли и поведение, связанные с суицидальной настроенностью и употреблением ПАВ, а также мотивационное интервью, обеспечивающее готовность к отказу от проблемного употребления ПАВ. В рамках протокола осуществлялось также ограниченное количество сеансов семейной терапии. В настоящее время предлагаются и проверяются многие другие протоколы, в том числе для подростков и лиц молодого возраста, использующих различные ПАВ. Обращает на себя внимание то, что протоколы, как правило, сложные, включают как работу с подростками, так и с их семьями, задействуют ресурсы сообщества, продолжительные по времени. Это объясняется сложностью проблем, трудностью их решения, вариабельностью проявлений и симптомов у разных лиц. Все это осложняет как проведение сравнительно-сопоставительных исследований эффективности, так и

разработку единого протокола ведения случая. Важным представляется то, что суицидальные тенденции оправданно обозначаются как отдельная мишень для психотерапевтической работы, особенно если ранее суицидальные попытки уже имели место.

5.3.4. Современные тенденции в создании профилактических программ

Проблематичным для отечественного специалиста является целое направление профилактической работы, широко представленное в западных странах, которое реализует так называемый принцип «снижения вреда». Такие программы предполагают вмешательства, которые направлены на уменьшение медицинского, социального и экономического вреда, причиняемого как самому человеку, использующему ПАВ, так и окружающим его людям, но без полного отказа от ПАВ. Логика подобных программ полностью отвечает традиции западной наркологической службы, в которой использование заместительной терапии при лечении пациентов с зависимостью от опиатов было начато в 1970-х гг.

Программы снижения вреда создавались не только в русле традиции, но и из-за низкой эффективности обычных информационных программ. Кроме того, их разработчики акцентируют внимание на соблюдении в этом случае социальной справедливости, прав потребителей вместо «дemonизации потребления наркотиков» [493]. «Критически важным» для практики снижения вреда является признание того, что «реалии бедности, классового фактора, связанного с расизмом, социальной изоляцией, прошлыми травмами, половой и гендерной дискриминацией и другими социальными неравенствами, влияют на способность людей справляться с вредом, причиняемым наркотиками» [493, р. 2]. Поэтому необходимо встречаться с потребителями ПАВ «там, где они находятся», и предлагать им реалистичные и согласованные цели интервенции — от воздержания до управления употреблением, дозированного употребления, помогая решать связанные с сохраняющимися потреблением проблемы. Авторы указывают, что общепринятое антинаркотическое информирование провозглашает непререкаемую трезвость и полный отказ от любых веществ и таким образом стигматизирует подростков, обращающихся к ПАВ. Поэтому программа предлагает способы мониторинга бытующего потребления (в настоящее время с использованием электронных устройств), консультирование по вопросам действия веществ, приемы поддержки. Также в рамках таких программ, как «Безопасность прежде всего» (Safety First), учащиеся узнают о различных типах наркотиков, оценивают их краткосрочные и долгосрочные эффекты, учатся самостоятельно находить исследования о наркотиках, анализировать убеждения и развенчивать мифы, опираясь на факты [494]. Запланированы и уже

проводятся несколько рандомизированных исследований по оценке эффективности программ снижения вреда для подростков и лиц юношеского возраста. И с учетом описанной выше (в разделе 2.2) тенденции к декриминализации и легализации ряда ПАВ в западных странах данная линия профилактики уже не вызывает удивления.

Значимой тенденцией является внедрение в практику профилактики современных технологий на основе мобильных устройств (смартфона). Возможности мобильных устройств все шире используют в психотерапевтической практике, и для подростков и лиц молодого возраста, проводящих много времени в сети Интернет, создан ряд интерактивных сайтов, призванных оказывать помощь лицам, у которых возникают проявления суицидального поведения. Приложения для мобильных устройств — Virtual Hope Box, Suicide Safe и Suicide Safety Plan — несколько различаются по предоставляемым возможностям, но активно улучшаются и пользуются достаточной популярностью. Так, Virtual Hope Box предоставляет инструменты для улучшения саморегуляции, упражнения на релаксацию, материалы для отвлечения внимания и примеры формулировок позитивного мышления. Приложение позволяет индивидуализировать план действий на случай ухудшения психического состояния, и это можно сделать совместно с лечащим врачом-психиатром. С помощью приложения можно хранить мультимедийный контент, личный или подобранный, и обращаться к нему при необходимости.

Приложение Suicide Safe разработано специалистами названной выше SAMHSA и предназначено для тех, кто работает или сталкивается с клиентами с суицидальным поведением. Приложение предлагает несколько документов и протоколов для проведения беседы с лицами разного возраста, гендерной идентичности, этнической отнесенности, помогает начать разговор, предлагая вступительные и заключительные вопросы, рекомендует, как оценить риск самоубийства, какие фразы говорить и каких избегать в зависимости от проведенной оценки. Также оно позволяет легко найти контакты служб оказания помощи и выйти с ними на связь с учетом геолокации. Предлагает Suicide Safe и профессиональное образование с возможностью онлайн-обучения и соответствующим контентом. Это бесплатное мобильное приложение помогает организаторам медицинских услуг интегрировать стратегии предотвращения самоубийств в повседневную практику, снизить риск самоубийств для многих пациентов. Заметим, что ряд приложений созданы в помощь имеющим проблемы с употреблением ПАВ, такие как ACHES, MobileCoach Tobacco и MiSARA. Причем ACHES предоставляет возможность для подростков, прошедших стационарную программу реабилитации, в режиме реального времени получить поддержку усилий по отказу от употребления ПАВ.

Поскольку число предлагаемых для оказания помощи подросткам и лицам юношеского возраста программ растет, они проходят проверку в клинической практике и в рандомизированных исследованиях. Итогом поиска стала уверенность специалистов в невозможности создания единой универсальной программы с максимальной эффективностью для всех групп подростков и лиц юношеского возраста. Напротив, была доказана необходимость адаптации программ под особенности и потребности разных групп. Одновременно удалось установить единые принципы построения программ и универсальные их составляющие: необходимые скрининговые процедуры, алгоритмы суммарной оценки рисков, технологии информирования о путях получения помощи, а для групп высокого риска — создание плана безопасности, формы работы с семьей, обучение необходимым навыкам, в первую очередь — саморегуляции эмоциональных состояний, содействие участию в длительных программах лечения и поддержки. Для лиц с эпизодическим, с пагубными последствиями употреблением или признаками зависимости от ПАВ указанные мероприятия обычно становятся частью более широких программ психотерапевтической или реабилитационной помощи, в последние годы оказываемой с использованием дистанционного консультирования и интернет-технологий. Разработаны программы для использования в образовательных учреждениях, в первичном медицинском звене (в том числе для отделений неотложной помощи), для специализированных психиатрических и наркологических реабилитационных учреждений.

Вследствие обилия предложений важным направлением развития практики профилактической работы является создание ряда платформ, размещающих в открытом доступе материалы для специалистов, причем по лучшим программам, заслуживающим статуса практик с доказанной эффективностью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках настоящего обзора современных исследований суицидального поведения у детей, подростков и молодежи рассмотрены:

- актуальные эпидемиологические тенденции в области суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах, которые свидетельствуют о крайне неблагоприятной ситуации в этой сфере;

- клинические факторы суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах, которые свидетельствуют о необходимости раннего выявления депрессивных и тревожных расстройств и оказания своевременной квалифицированной помощи группам риска, при этом в качестве отдельных групп риска, требующих особого внимания, рассматриваются подростки и молодые люди, употребляющие алкоголь и ПАВ, а также с самоповреждающим поведением;

- современные системные модели суицидального поведения, включая опыт разработки таких моделей в России и за рубежом;

- макросоциальные, семейные, индивидуально-личностные и интерперсональные факторы суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах, систематизированные на основе многофакторной психосоциальной модели расстройств аффективного спектра, при этом были специально рассмотрены риски, связанные с интенсивным общением в интернете в современном информационном обществе;

- научно обоснованные модели профилактики суицидального поведения в детском, подростковом и юношеском возрастах, разработанные с опорой на принципы культурно-исторической психологии, что позволило дать ряд рекомендаций организаторам образования, а также специалистам сферы образования и здравоохранения.

На основании проведенного обзора исследований можно сделать вывод о необходимости создания межпрофессиональных и межведомственных служб психического здоровья, находящихся в тесном контакте со школами и вузами, а также психологических служб в системе образования, способных выявлять группы риска с учетом социальной ситуации развития детей и молодежи, и оказывать квалифицированную помощь психологическими методами. Парадоксально при этом, что, несмотря на многочисленные свидетельства о ряде неблагоприятных для здоровья учащихся условий в современной системе образования, в предлагаемых мерах преодоления суицидальных рисков не ставится вопрос о необходимости перестройки и совершенствования самой этой системы. Вместо этого предлагается развивать службы психического здоровья с целью, по возможности, скорейшей ликвидации системно обусловленных негативных последствий. Как показывает анализ, система образования во

многим отражает запрос современного общества конкуренции и многих родителей, чрезмерно озабоченных высокими показателями успеваемости своих детей и недостаточно осведомленных о негативных последствиях гонки за показателями для психического здоровья детей.

Система оценивания в образовании, построенная на конкуренции и рейтингах, травматична и для детей из социально неблагополучных семей, которые часто лишены необходимой поддержки и не в силах соответствовать предъявляемым требованиям. Таким образом, когда мы обращаемся к массовой практике образования, то видим негативное влияние этой системы на здоровье, а следовательно, и на развитие учащихся. Те, кто решает задачи образования, далеко не всегда задумываются о возможных негативных последствиях этих решений для психического здоровья учащихся. Те же, кто занимается психологической и психотерапевтической помощью, фиксируют существующее неблагополучие, борются с последствиями, но не сосредоточивают усилия на устранении его причин.

Работа по реорганизации системы образования в направлении создания условий для сохранения и укрепления психического здоровья и профилактики суицидов среди учащихся требует межведомственной интеграции и системного подхода, а также исследования и выделения факторов-протекторов психического благополучия учащихся. Необходима системная работа с детьми группы риска, семьями, педагогами и администрацией, а также учет актуальных исследований и успешного опыта регионов и зарубежных коллег по превенции и поственции суицидов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ²

1. Психическое здоровье подростков: бюллетень ВОЗ (Электронный ресурс]. 2020. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (дата обращения 12.01.2024).
2. Shain B. Committee on adolescence. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents // *Pediatrics*. 2016. Vol. 138 (1). — e20161420. DOI: 10.1542/peds.2016—1420
3. Любовь Е.Б., Зотов П.Б., Банников Г.С. Самоповреждающее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы. Сообщение I // *Суицидология*. 2019. Т. 10, № 4 (37). — С. 16—46. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-16-46
4. Положий Б.С. Суициды среди несовершеннолетних: эпидемиологический аспект // *Суицидология*. 2019. Т. 10, № 1 (34). — С. 21—26. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-21-26
5. Rice K., Brown M., Nataraj N., Xu L. Circumstances Contributing to Suicide Among U.S. Adolescents Aged 10—19 Years With and Without a Known Mental Health Condition: National Violent Death Reporting System, 2013—2018 // *Journal of Adolescent Health*. 2023. Vol. 72, (4). P. 519—525. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2022.11.009
6. Galindo-Domínguez H., Iglesias D. L. Emotional intelligence and suicidal ideation in adolescents: The mediating and moderating role of social support // *Revista de Psicodidáctica*. 2023. Vol. 28, (2). P. 125—134. DOI: 10.1016/j.psicoe.2023.02.00
7. 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*. 2012. № 2 (13).
8. Hatkevich C., Venta A., Sharp C. Theory of mind and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients // *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 256. P. 17—25. DOI: 10.1016/j.jad.2019.05.051
9. Гарданова Ж.Р., Есаулов В.И., Седова Е.О. и др. Гендерные особенности факторов риска суицидального поведения у подростков // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2020. Т. 16, № 4. С. 131—150.

² Источники в списке расположены в порядке их появления в тексте книги.

10. Becker M., Correll C. U. Suicidality in Childhood and Adolescence // *Deutsches Ärzteblatt International*. 2020. Vol. 117 (15). P. 261—267. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0261
11. Stewart J., Esposito E., Glenn C., et al. Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters // *Journal of Psychiatric Research*. 2017. Vol. 84. P. 105—112. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.09.031
12. Mars B., Heron J., Klonsky E. D., Moran P., O'Connor R. C., et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study // *Lancet Psychiatry*. 2019. Vol. 6 (4). P. 327—337. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30030-6
13. Lee J., Bang Y. S., Min S., et al. Characteristics of adolescents who visit the emergency department following suicide attempts: comparison study between adolescents and adults // *BMC Psychiatry*. 2019. Vol. 19. IAN 231. DOI: 10.1186/s12888-019-2213-5
14. Alvarez-Subiela X., Castellano-Tejedor C., Villar-Cabeza F., Vila-Griñoll M., Palao-Vidal D. Family Factors Related to Suicidal Behavior in Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. 19(16):9892. DOI: 10.3390/ijerph19169892
15. Tang J.J., Yu Y., Wilcox H.C., Kang C., et al. Global risks of suicidal behaviours and being bullied and their association in adolescents: School-based health survey in 83 countries // *Clinical Medicine*. 2020. № 10. e100253. DOI: 10.1016/j.eclinm.2019.100253
16. ВОЗ. Информационный бюллетень ко Всемирному дню психического здоровья 2018 г. Психическое здоровье подростков в Европейском регионе [Электронный ресурс]. — 2018. — URL: https://eupha.org/repository/EUPHW/Resources/Adolescent_mental_health_in_the_European_region_WHO.pdf (дата обращения 25.12.2023)
17. Lee M.S., Jhone J.H., Kim J.B., Kweon Y.S., Hong H.J. Characteristics of Korean Children and Adolescents Who Die by Suicide Based on Teachers' Reports // *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 19 (11). e6812. DOI: 10.3390/ijerph19116812
18. Sultana M. Parental role and peer support in adolescent suicidal behavior in eight South-East Asian countries // *Journal of Affective Disorders*. 2023. Vol. 332. P. 221—230. DOI: 10.1016/j.jad.2023.03.09
19. Grande E., Vichi M., Alicandro G., et al. Suicide among adolescents in Italy: a nationwide cohort study of the role of family characteristics // *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021. Vol. 30. P. 1037—1045. DOI: 10.1007/s00787-020-01591-8
20. Саркиапоне М., Положий Б.С. Суициды у детей и подростков // *Российский психиатрический журнал*. 2014. № 3. С. 52—56.

21. Тынышбаева А.А., Шаймерденов А.Х. Суицид среди несовершеннолетних: социально-психологические причины и меры профилактики // Кұқық қорғау органдары академиясының жаршысы. 2020. № 4 (18). С. 110—118.
22. Suicide Mortality in the United States, 2000—2022. Data Brief 433 [Электронный ресурс]. 2022. URL: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db433—tables.pdf> (дата обращения 20.12.2023)
23. Чагин В.С. Суицидальное поведение подростков и молодежи // Вестник Адыгейского государственного университета. 2020. № 1 (234). С. 131—135.
24. Доклад о деятельности уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка в 2022 году [Электронный ресурс]. 2023. URL: deti.gov.ru/Deyatelnost/documents/245 (дата обращения 12.12.2024)
25. Ведяшкин В.Н. Практика оказания комплексной помощи детям и подросткам с суицидальным и несуицидальным самоповреждающим поведением в Алтайском крае. Профилактика, реабилитация, дестигматизация // Общественное здоровье. 2022. № 2 (1). С. 56—66. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-1-56-66
26. Бойко Е.О., Васянина Ю.Ш., Мыльникова Ю.А., Алексаньян Е.К. Распространенность и варианты суицидального поведения детей и подростков Краснодарского края // РМЖ. Мать и дитя. 2022. № 3. С. 223—227.
27. Кривулин Е.Н., Кривулина О.Е. Социально-демографическая и клинико-психологическая характеристика лиц детско-подросткового возраста с завершёнными суицидами и суицидальным поведением // Тюменский медицинский журнал. 2014. № 1. С. 6—8.
28. Сахаров А.В., Ступина О.П., Пасютина М.С. Суицидальное поведение в Забайкальском крае: эпидемиологические характеристики, влияние пандемии COVID-19 и внедрение инструмента ВОЗ для улучшения системы мониторинга // Суицидология. 2022. Том 13, № 2. С. 3—17. DOI: 10.32878/suiciderus.22-13-02(47)-3-17
29. Голенков А.В., Егорова К.А., Тайкина Я.Д., Орлов Ф.В. Самоубийство детей и подростков в России // Суицидология. 2023. Т. 14, № 4 (54). С. 71—81. DOI: 10.32878/suiciderus.23-14-04(53)-71-81
30. Сыровлашина К.В., Ошевский Д.С., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Макушкин Е.В., Александрова Н.А., Терехина С.А., Борисенко Е.В., Федонкина А.А., Чибисова И.А., Шкитыр Е.Ю. Факторы риска формирования суицидального поведения у детей и подростков (по результатам анализа региональных посмертных судебных экспертиз) [Электронный ресурс] // Психология и право. 2019. Т. 9, № 1. С. 71—84. DOI: 10.17759/psylaw.2019090105

31. Зотов П.Б., Гарагашева Е.П., Уманский Е.М. Суицидальные действия подростков в Тюменской области в 2017—2022 гг. (стратегия превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. № 4 (121). С. 97—109. DOI: 10.26617/1810-3111-2023-4(121)-97-109
32. Батуева Н.Г., Березанцев А.Ю., Тудупова Т.Ц. Завершенные суициды у детей и подростков: клинико-психологический анализ // Живая психология. 2022. № 4 (36). С. 11—19. DOI: 10.58551/24136522_2022_9_4_11
33. Козлов В.А., Голенков А.В., Иванова Д.А., Бахман Е.К. Самоубийства в Чувашской Республике (по данным СМИ в 2002—2021 гг.) // Суицидология. 2022. Том 13, № 4 (49). С. 80—90. DOI: 10.32878/suiciderus.22—13—04(49)—80—90
34. Семенова Н.Б. Анализ завершенных суицидов среди детей и подростков Республики Саха (Якутия) / Н.Б. Семенова, Т.Ф. Мартынова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 2. С. 42—45.
35. Kølves K., de Leo D. Suicide methods in children and adolescents // Eur Child Adolesc Psychiatry. 2017. Vol. 26 (2). P. 155—164. DOI: 10.1007/s00787—016—0865—y
36. Glenn C.R., Kleiman E.M., Cha C.B., Nock M.K. Understanding suicide risk within the Research Domain Criteria (RDoC) framework: Insights, challenges, and future research considerations // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2019. Vol. 60 (1). P. 6—22. DOI: 10.1111/jcpp.13106
37. Jung S., Lee D., Park S., Lee K., Kweon Y.S., Lee E.J., et al. Gender differences in Korean adolescents who died by suicide based on teacher reports // Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2019. Vol. 13. IAN 12. DOI: 10.1186/s13034-019-0274-3
38. Сырковашина К.В., Дозорцева Е.Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24, № 3. С. 824. DOI: 10.17759/cpp.2016240302
39. Быкова В.И., Полухина Ю.П., Львова Е.А., Фуфаева Е.В., Валиуллина С.А. К вопросу о суицидальном поведении подростков — реалии скорпомощного стационара // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Т. 31, № 2. С. 68—83. DOI: 10.17759/cpp.2023310203
40. Pilarska I., Grabska K., Stachurski J. Suicide attempts among children and adolescents admitted to a Polish Emergency Department: Analysis of epidemiology, circumstances and methods of 154 cases // Adv Clin Exp Med. 2023. Vol. 32 (12). P. 1377—1384. DOI: 10.17219/acem/162245

41. Pollak O.H., Cheek S.M., Rudolph K.D., Hastings P.D., Nock M.K., Prinstein M.J. Social problem-solving and suicidal behavior in adolescent girls: A prospective examination of proximal and distal social stress-related risk factors // *J Psychopathol Clin Sci*. 2023. Vol. 132 (5). P. 610—620. DOI: 10.1037/abn0000836
42. Claveria O. Global economic uncertainty and suicide: Worldwide evidence // *Soc Sci Med*. 2022. Vol. 6 (305). e115041. DOI: 10.1016/j.socscimed.2022.115041
43. McLaughlin K. A., Costello E. J., Leblanc W., Sampson N. A., Kessler R. C. Socioeconomic Status and Adolescent Mental Disorders // *American Journal of Public Health*. 2012. Vol. 102. P. 1742—1750.
44. Argabright S. T., Tran K. T., Visoki E., Di Domenico G. E., Moore T. M., Barzilay R. COVID-19-related financial strain and adolescent mental health // *The Lancet Regional Health Americas*. 2022. Vol. 16. e100391. DOI: 10.1016/j.lana.2022.100391
45. Kim B., Kim D. H., Jang S. Y., Shin J., Lee S. G., Kim T. H. Family economic hardship and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic // *Front Public Health*. 2022. Vol. 10. e904985. DOI: 10.3389/fpubh.2022.904985
46. Yang Q., Zhang W., Wu H., Huang B., Zhang C., Niu G. The Association between Perceived Family Financial Stress and Adolescent Suicide Ideation: A Moderated Mediation Model. *Behavioral Sciences*. 2023. Vol. 13 (11). P. 948. DOI: 10.3390/bs13110948
47. Li C., Yin X., Jiang S. Effects of multidimensional child poverty on children's mental health in Mainland China // *Journal of Health Psychology*. 2020. Vol. 25. P. 400—415.
48. Семенова Н.Б. Суицидальное поведение у детей и подростков коренных народов Сибири: когнитивные факторы риска // *Суицидология*. 2019. Т. 10, № 2. С. 3—11. DOI: /10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-3-11
49. Семенова Н.Б. Суицидальное поведение у детей и подростков коренных народов Сибири: социальные факторы риска // *Суицидология*. 2018. Том 9, № 4. С. 3—17. DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-3-16
50. Положий Б.С. Суициды у подростков (эпидемиологические, организационные и профилактические аспекты) // Сборник тезисов XVII Съезда психиатров России «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» / Под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. 2021. С. 2073—2075.
51. Семенова Н.Б. Распространенность и факторы риска самоубийств среди коренных народов: обзор зарубежной литературы // *Суицидология*. 2017. Т. 8. № 1. С. 17—38.

52. Дуткин М.П. Этнокультуральные факторы суицидального поведения // Вестник Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова. 2017. № 4 (09). С. 42—46.
53. Спандерова Н.Н. Некоторые этнические особенности суицидального поведения (обзор литературы) // Наука молодых. 2016. № 3. С. 93—98.
54. Козлов В.А., Голенков А.В., Сапожников С.П. Роль генома в суицидальном поведении (обзор литературы) // Суицидология. 2021. Т. 12. № 1 (42). С. 3—22. DOI: 10.32878/suiciderus.21-12-01(42)-3-22
55. Yoo N., Hong Y., Choi Y. Immigrant-origin youths at risk: Trends in suicidal behaviors among Korean adolescents by immigrant origins and ethnic options (2011—2019) // Journal of Affective Disorders. 2023. Vol. 321. P. 253—264. DOI: 10.1016/j.jad.2022.10.033
56. Park M.B. Suicide risk among racial minority students in a monoethnic country: A study from South Korea: Suicide risk among racial minority students // Archives de Pédiatrie. 2024. № 31 (1). P. 48—53. DOI: 10.1016/j.arcped.2023.08.015
57. Esquirol J. E. D. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris: Tischer. 1838. Vol. 1—2.
58. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. 2010. № 4. С. 55—62.
59. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения // Суицидология. 2015. Т. 6, № 1. С. 3—7.
60. Положий Б.С. Концепции суицидального поведения // Национальное руководство по суицидологии / Под ред. Б.С. Положего. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. С. 104—123.
61. Положий Б.С., Панченко Е.А. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 12.01.2024)
62. Hawton K., Houston K., Haw C., Townsend, E., Harris L. Comorbidity of axis 1 and axis 2 disorders in patients who attempted suicide // American Journal of Psychiatry. 2003. Vol. 160. P. 1494—1500.
63. Kroning M., Kroning K. Teen Depression and Suicide: A Silent Crisis // Journal of Christian Nursing. April/June 2016. Vol. 33, Issue 2. P. 78—86.
64. Portzky G., Audenaert K., Van Heeringen K. Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality-related risk factors // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2005. Vol. 40 (11). P. 922—930.

65. Lan W.-H. et al. Comorbidity of ADHD and suicide attempts among adolescents and young adults with bipolar disorder: A nationwide longitudinal study // *Journal of Affective Disorders*. 2015.— Vol. 176. P. 171—175.
66. Horesh N., Orbach I., Gothelf D., Efrati M., Apter A. Comparison of the suicidal behavior of adolescent inpatients with borderline personality disorder and major depression // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2003. Vol. 191 (9). P. 582—588.
67. King C. A., Foster C. E., Rogalski K. M. *Teen Suicide Risk*. New York: Guilford Press. 2013. 208 p.
68. Буторина Н.Е., Ретюнский К.Ю. Затяжные системные расстройства в детском возрасте (клиника, патогенез, терапия). — Екатеринбург: Экспресс-Дизайн, 2005. — 280 с.
69. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении: эпидемиология и факторы риска // *Суицидология*. 2013. № 1. С. 15—28.
70. Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Рахманина А.А., Борисоник Е.В. и др. Испытываемый уровень стресса и тревоги у пациентов многопрофильного медицинского центра. *Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь»*. 2019; 8(4):384-390. DOI: 10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390
71. Kendler K.S. “A gene for ...”: the nature of gene action in psychiatric disorders // *Am. J. of Psych*. 2005. Vol. 162. P. 1243—1252.
72. Войцех В.Ф., Мельникова Т.С., Лапин И.А. Клинико-нейрофизиологические аспекты суицидального поведения // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2009. № 10. С. 14—20.
73. Розанов В.А. Самоубийства среди детей и подростков — что происходит и в чем причина? // *Суицидология*. 2014. № 4. С. 16—31.
74. Casey B. J., Duhoux S., Cohen M. M. Adolescence: What do Transmission, Transition, and Translation have to do with it? // *Neuron*. 2010. Vol. 67, № 5. P. 749—760.
75. Gogtay N., Giedd J. N., Lusk L., et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood // *Proceedings of the National Acad. of Science USA*. 2004. Vol. 101 (21). P. 8174—8179.
76. Mann J. J., Watenaux C., Haas G. L., Malone K. M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients // *AmJPsychiatry*. 1999. Vol. 156. P. 181—189.
77. Nock M. K., Borges G., Bromet E. J., et al. Suicide and Suicidal Behavior // *Epidemiology Review*. 2008. Vol. 30 (1). P. 133—154.
78. Pompili M., Ruberto A., Girardi P., et al. Suicidality in DSM-IV Cluster B personality disorders: an overview // *Ann. Ist. Super. Sanita*. 2004. Vol. 40. P. 475—483.

79. Oquendo M. A., Placidi G. P., Malone K. M., et al. Positron emission tomography of regional brain metabolic responses to a serotonergic challenge and lethality of suicide attempts in major depression // *Arch. of General Psychiatry*. 2003. Vol. 60. P. 14—22.
80. Van Heeringen K., Mann J. The neurobiology of suicide // *The Lancet Psychiatry*. 2014. Vol. 1.— P. 63—72.
81. Shneidman E. The psychological autopsy // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1981. Vol. 11. P. 325—340.
82. Houston K., Hawton K., Shepperd R. Suicide in young people aged 15—24: a psychological autopsy study // *Journal of Affective Disorders*. 2001. Vol. 63. P. 159—170.
83. Hjelmeland H., Dieserud G., Dyregrov K., Knizek B. L., Leenaars A. A. Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are They Methodologically Flawed? // *Death Studies*. 2012. Vol. 36 (7). P. 605—626. DOI: 10.1080/07481187.2011.584015
84. Шкитырь Е.Ю. Посмертная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних с суицидальным поведением (клинические и судебно-психиатрические аспекты) : специальность 14.01.06 «Психиатрия» : дисс. канд. мед. наук, 2022. 229 с.
85. Anderson R. N. Deaths: Leading causes for 2000 // *National Vital Statistics Reports*. 2002. Vol. 50 (16) [Electronic version]. www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr50/nvsr50_16.pdf
86. O'Connor R. C., Rasmussen S. and 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
87. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. — СПб.: СпецЛит, 2017. — 366 с.
88. Бадмаева В.Д. Шкитырь Е.Ю. Факторы риска суицидального поведения несовершеннолетних (по материалам посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз) // *Научные результаты биомедицинских исследований*. 2019. 5 (4). С. 117—128.
89. 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.
90. Crumley F. E. Adolescent suicide attempts and borderline personality disorder: clinical features // *Southern Medical Journal*. 1981. Vol. 74 (5). P. 546—549.
91. Гурьева В.А. Подростковая психиатрия. — М.: Генезис, 2001. — 227 с.
92. Панченко Е.А. Клинико-социальные детерминанты, динамика, типология и дифференцированная профилактика суицидального по-

- ведения (на материалах незавершенных самоубийств) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2012. 43 с.
93. Ворсина О.П., Барков Н.П. Психологические характеристики суицидентов, госпитализированных в психиатрический стационар // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 1. С. 50—54.
 94. Носачев Г.Н., Дальнова И.Г., Дальнов О.А. Диссимуляция незавершенных суицидов у больных параноидной шизофренией // Суицидология. 2010. Т. 1, № 1 (1). С. 40—41.
 95. Распопова Н.И. Механизмы формирования, клинические особенности и профилактика суицидального поведения у больных с психическими расстройствами : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.06. М., 2010. 45 с.
 96. Gould M. S., Greenberg T., Velting D. M., Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003. Vol. 42. P. 386—405. DOI: 10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF
 97. Esposito-Smythers C.; Spirito A. Adolescent substance use and suicidal behavior: A review with implications for treatment research // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2004. Vol. 28 (5). P. 77—88. DOI: 10.1097/01.ALC.0000127417.99752.87
 98. O'Brien K., Becker S., Spirito A., Simon V., Prinstein M. Differentiating adolescent suicide attempters from ideators: Examining the interaction between depression severity and alcohol use // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2014. Vol. 44. P. 23—33. doi.org/10.1111/sltb.12050
 99. Zhang P., Roberts R. E., Liu Z., Meng X., Tang J., Sun L., Yu Y. Hostility, physical aggression and trait anger as predictors for suicidal behavior in Chinese adolescents: A school-based study // PLoS One. 2012. Vol. 7 (2). e31044. DOI: 10.1371/journal.pone.0031044.
 100. Björkenstam E., Björkenstam C., Vinnerljung B., Hallqvist J., Ljung R. Juvenile delinquency, social background and suicide — a Swedish national cohort study of 992 881 young adults // International Journal of Epidemiology. 2011. Vol. 40 (6). P. 1585—1592. DOI: 10.1093/ije/dyr127
 101. Wong S. S., Zhou B., Goebert D., Hishinuma E. S. The risk of adolescent suicide across patterns of drug use: a nationally representative study of high school students in the United States from 1999 to 2009 // Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2013. Vol. 48 (10). P. 1611—1620. DOI: 10.1007/s00127-013-0721-z
 102. Ammerman B. A., Burke T. A., Jacobucci R., et al. Identifying the relative importance of non-suicidal self-injury features in classifying suicidal ideation, plans, and behavior using exploratory data mining //

- Psychiatry Research. 2018. Vol. 262. P. 175—183. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.01.045
103. Rush B., Urbanoski K., Bassani D., Castel S., Wild T. C., Strike C., et al. Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population // *Can J Psychiatry*. 2008.—Vol. 53 (12). P. 800—809. DOI: 10.1177/070674370805301206
104. Gobbi G., Atkin T., Zytynski T., Wang S., Askari S., Boruff J., et al. Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and meta-analysis // *JAMA Psychiat*. 2019. Vol. 76 (4). P. 426—434. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.4500
105. Georgiades K., Boylan K., Duncan L., Wang L., Colman I., Rhodes A. E., et al. Prevalence and correlates of youth suicidal ideation and attempts: evidence from the 2014 Ontario Child Health Study // *Can J Psychiatry*. 2019. Vol. 64 (4). P. 265—274. DOI: 10.1177/0706743719830031
106. Substance use and suicide: A nexus requiring a public health approach. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2016. Accessed August, 2023. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma16-4935.pdf>
107. Friedman J., Godvin M., Shover C. L., et al. Trends in drug overdose deaths among U.S. adolescents. January 2010 to June 2021 // *JAMA*. 2022. Vol. 327 (14). P. 1398—1400. DOI: 10.1001/jama.2022.2847
108. Desai S., Jain V., Xavier S., Du W. Hopelessness, Suicidality, and Co-Occurring Substance Use among Adolescent Hallucinogen Users. A National Survey Study // *Children*. 2022. Vol. 9 (12). P. 1906. DOI: 10.3390/children9121906
109. Crump C., Sundquist J., Kendler K. S., Edwards A. C., Sundquist K. Comparative risk of suicide by specific substance use disorders: a national cohort study // *J Psychiatr Res*. 2021. Vol. 144. P. 247—254. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.10.017
110. King C. A., Brent D., Grupp-Phelan J., Shenoi R., Page K., Mahabee-Gittens E. M., et al. Five profiles of adolescents at elevated risk for suicide attempts: differences in mental health service use. // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020. Vol. 59 (9). P. 1058—1068. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.10.015
111. Guo L., Luo M., Wang W., Xiao D., Xi C., Wang T., et al. Association between nonmedical use of opioids or sedatives and suicidal behavior among Chinese adolescents: an analysis of sex differences // *Aust N Z J Psychiatry*. 2019. Vol. 53. P. 559—569. DOI: 10.1177/000486741881494
112. Guo L., Wang W., Du X., Guo Y., Li W., Zhao M., Wu R., Lu C. Associations of Substance Use Behaviors With Suicidal Ideation and Suicide

- Attempts Among US and Chinese Adolescents // *Front. Psychiatry*. 2021. 11:611579. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.611579
113. Franklin J. C., Ribeiro J. D., Fox K. R., Bentley K. H., Kleiman E. M., Huang X., et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research // *Psychol. Bull.* 2017. Vol. 143. P. 187—232. DOI: 10.1037/bul0000084
114. Rohde P., Lewinsohn P. M., Seeley J. R. Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults // *J Abn Psychol.* 1991. Vol. 100. P. 214—222. PMID: 2040773
115. Carballo J., Llorente C., Kehrmann L., Flamarique I., Zuddas A., Purper-Ouakil D., Hoekstra P., Coghill D., Schulze U., Dittmann R. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2020. Vol. 29 (6). P. 759—776. DOI: 10.1007/s00787-018-01270-9
116. Reed K. P., Nugent W., Cooper R. L. Testing a path model of relationships between gender, age, and bullying victimization and violent behavior, substance abuse, depression, suicidal ideation, and suicide attempts in adolescents // *Children and Youth Services Review*. 2015. Vol. 55. P. 128—137.
117. Lee G., Ham O. K. Behavioral and psychosocial factors associated with suicidal ideation among adolescents // *Nursing & Health Sciences*. 2018. Vol. 20 (3). P. 394—401. DOI: 10.1111/nhs.12422
118. Drapeau C. W., Nadorff M. R. Suicidality in sleep disorders: prevalence, impact, and management strategies // *Nat Sci Sleep*. 2017. Vol. 9. P. 213—226. DOI: 10.2147/NSS.S125597
119. Carbone J. T., Casement M. D. Sleep disorders and relative risk of suicidal ideation and suicide attempts in youth presenting to emergency departments // *Sleep Health*. 2023. Vol. 9 (4). P. 537—543. DOI: 10.1016/j.sleh.2023.05.014
120. Erevik E. K., Landrø H., Mattson Å. L., Kristensen J. H., Kaur P., Pallesen S. Problem gaming and suicidality: a systematic literature review // *Addict Behav Rep*. 2022. 15:100419. DOI: 10.1016/j.abrep.2022.100419
121. Chamarro A., Díaz-Moreno A., Bonilla I., et al. Stress and suicide risk among adolescents: the role of problematic internet use, gaming disorder and emotional regulation // *BMC Public Health* 2024. Vol. 24. P. 326. DOI: 10.1186/s12889-024-17860-z
122. Sedgwick R., Epstein S., Dutta R., Ougrin D. Social media, internet use and suicide attempts in adolescents // *Current Opinion in Psychiatry*. 2019. Vol. 32 (6). DOI: 10.1097/YCO.0000000000000547
123. Khatcherian E., Zullino D., De Leo D., Achab S. Feelings of loneliness: understanding the risk of suicidal ideation in adolescents with internet addiction. A theoretical model to answer to a systematic literature review,

- without results // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19 (4). DOI: 10.3390/ijerph19042012
124. Haghish E. F., Nes R. B., Obaidi M., Qin P., Stănicke L. I., Bekkhus M., Laeng B., Czajkowski N. Unveiling adolescent suicidality: Holistic analysis of protective and risk factors using multiple machine learning algorithms // *Journal of Youth and Adolescence*. 2024. Vol. 53. P. 507—525. DOI: 10.1007/s10964-023-01892-6
125. Kingsbury M., Hammond N. G., Johnstone F., Colman I. Suicidality among sexual minority and transgender adolescents: a nationally representative population-based study of youth in Canada // *CMAJ*. 2022. Vol. 194 (22). E767—E774. DOI: 10.1503/cmaj.212054
126. Гаранян Н. Г., Андрусенко Д. А., Хломов И. Д. Перфекционизм как фактор студенческой дезадаптации // *Психологическая наука и образование*. 2009. № 1. С. 72—82.
127. Repantis D., Schlattmann P., Laisney O., Heuser I. Modafinil and methylphenidate for neuroenhancement in healthy individuals: A systematic review // *Pharmacol Res*. 2010. Vol. 62. P. 187—206. DOI: 10.1016/j.phrs.2010.04.002
128. Poulin C. Medical and nonmedical stimulant use among adolescents: from sanctioned to unsanctioned use // *CMAJ*. 2001. Oct 16. Vol. 165 (8). P. 1039—1044. PMID: 11699699 PMCID: PMC81538
129. Smith M. F., Farah M. J. Are prescription stimulants “smart pills”? The epidemiology and cognitive neuroscience of prescription stimulant use by normal healthy individuals // *Psychol. Bull.* 2011. Vol. 137. P. 717—741. DOI: 10.1037/a0023825
130. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. 2015 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville, MD. 2016.
131. Рычкова О.В. «Умные» лекарства — опасная модель потребления психоактивных веществ // *Современная зарубежная психология*. 2021. Т. 10, № 2. С. 44—54. DOI: 10.17759/jmfp.2021100205
132. McCabe S. E., West B. T., Morales M., Cranford J. A., Boyd C. J. Does early onset of non-medical use of prescription drugs predict subsequent prescription drug abuse and dependence? Results from a national study // *Addiction*. 2007. Vol. 102. P. 1920—1930. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2007.02015.x
133. León K. S., Martínez D. E. To Study, to Party, or Both? Assessing Risk Factors for Non-Prescribed Stimulant Use Among Middle and High School Students // *J Psychoactive Drugs*. 2017. Vol. 49 (1). P. 22—30. DOI: 10.1080/02791072.2016.1260187
134. Farah M. The Unknowns of Cognitive Enhancement // *Science*. 2015. Vol. 350. P. 379—380. DOI: 10.1126/science.aad5893

135. Faraone S. V., Rostain A. L., Montano C. B., Mason O., Antshel K. M., Newcorn J. H. Systematic Review: Nonmedical Use of Prescription Stimulants: Risk Factors, Outcomes, and Risk Reduction Strategies // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020. Vol. 59 (1). P. 100—112. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.06.012
136. Maier L. J., Ferris J. A., Winstock A. R. Pharmacological cognitive enhancement among non-ADHD individuals — a cross-sectional study in 15 countries // *Int J Drug Policy*. 2018.— Vol. 58. P. 104—112. DOI: 10.1016/j.drugpo.2018.05.009
137. American Addiction Centers. Long-Term Effects of Heavy Adderall Use: Side Effects and Health Concerns. What are the long-term effects of heavy adderall use? 2017. <https://americanaddictioncenters.org/adderall/long-term-effects/>
138. Watson G. L., Arcona A. P., Antonuccio D. O. The ADHD drug abuse crisis on American college campuses // *Ethical Hum Psychol Psychiatry*. 2015. Vol. 17 (1). P. 5—21. DOI: 10.1891/1559-4343.17.1.5
139. Benson, K., Flory, K., Humphreys, K. L., et al. Misuse of Stimulant Medication Among College Students: A Comprehensive Review and Meta-analysis // *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2015. Vol. 18. P. 50—76. DOI: 10.1007/s10567-014-0177-z
140. Vo K., Neafsey P., Lin C. Concurrent use of amphetamine stimulants and antidepressants by undergraduate students // *Patient Preference and Adherence*. 2015. Vol. 9. P. 161—172. DOI: 10.2147/PPA.S74602
141. Battleday R. M., Brem A. K. Modafinil for cognitive neuroenhancement in healthy non-sleep-deprived subjects: a systematic review // *Eur Neuropsychopharm*. 2015. Vol. 25 (11). P. 1865—1881. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2015.07.028
142. Carton L., Cabé N., Ménard O., et al. Pharmaceutical cognitive doping in students: A chimeric way to get-a-head? // *Thérapie*. 2018. Vol. 73 (4). P. 331—339. DOI: 10.1016/j.therap.2018.02.005
143. Alonso J., Liu Z., Evans-Lacko S., et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries // *Depression and anxiety*. 2018. Vol. 35 (3). P. 195—208. DOI: 10.1002/da.22711
144. Mackenzie C. S., Erickson J., Deane F. P., Wright M. Changes in attitudes toward seeking mental health services: A 40-year cross-temporal meta-analysis // *Clinical Psychology Review*. 2014. Vol. 34 (2). P. 99—106. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.12.001
145. Bachhuber M. A., Saloner B., Cunningham C. O., Barry C. L. Medical Cannabis Laws and Opioid Analgesic Overdose Mortality in the United States, 1999—2010 // *JAMA Intern Med*. 2014. Vol. 174 (10). P. 1668—1673. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.4005

146. Mathur N. K., Ruhm C. J. Marijuana legalization and opioid deaths // *Journal of Health Economics*. 2023. Vol. 88. P. 102—728. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2023.102728
147. Hammond C. J., Hyer J. M., Boustead A. E., Fristad M. A., Steele-smith D. L., et al. Association Between Marijuana Laws and Suicide Among 12- to 25-Year-Olds in the United States From 2000 to 2019 // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2023. DOI: 10.1016/j.jaac.2023.10.007
148. Brunner R., Kaess M., Parzer P., et al. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014. Vol. 55 (4). P. 337—348. DOI: 10.1111/jcpp.12166
149. Farkas B. F., Takacs Z. K., Kollárovcis N., et al. The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis // *European child & adolescent psychiatry*. — 2023. DOI: 10.1007/s00787-023-02264-y
150. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. — М.: ЛЕНАНД, 2017. — 320 с.
151. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Способы и причины самоповреждения: по результатам онлайн-анкетирования // *Психиатрия*. 2023. Т. 21, № 1. С. 6—15. DOI: 10.30629/2618-6667-2023-21-1-6-15
152. Крылова Е.С., Бебуришвили А.А., Каледа В.Г. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением // *Суицидология*. 2019. Т. 10, № 1 (34). С. 48—57. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-48-57
153. Horváth L. O., Györi D., Komáromy D., et al. Nonsuicidal Self-Injury and Suicide: The role of life events in clinical and non-clinical populations of adolescents // *Frontiers in Psychiatry*. 2020. Vol. 11. P. 370. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.00370
154. Hawton K., Bale L., Brand F., et al. Mortality in children and adolescents following presentation to hospital after non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a prospective observational cohort study // *Lancet Child & Adolescent Health*. 2020. Vol. 4 (2). P. 111—120. DOI: 10.1016/S2352-4642(19)30373-6
155. Joiner T. E., Ribeiro J. D., Silva C. Nonsuicidal self-injury, suicidal behavior, and their co-occurrence as viewed through the lens of the interpersonal theory of suicide // *Current Directions in Psychological Science*. 2012. Vol. 21. P. 342—347. DOI: 10.1177/0963721412454873
156. Victor S. E., Klonsky E. D. Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis // *Clinical Psychology Review*. 2014. Vol. 34 (4). P. 282—297. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.03.005

157. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Основы диагностики и профилактики самоповреждающего поведения. — М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2022. — 220 с. URL: <https://psychlib.ru/resource/pdf/documents/POd-2022/POd-220.pdf#page=2> (дата обращения: 11.02.2024)
158. Grandclerc S., De Labrouhe D., Spodenkiewicz M., Lachal J., Moro M.-R. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review // PLoS ONE. 2016. Vol. 11 (4). e0153760. DOI: 10.1371/journal.pone.0153760
159. Klonsky E. D., Glenn C. R., Styer D. M., et al. The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure // Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2015. Vol. 9. P. 44. DOI: 0.1186/s13034-015-0073
160. Wang Y. J., Li X., Nguen C. H., et al. Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis // Clinical Medicine. 2022. Vol. 46. P. 101350. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101350
161. Daukantaitė D., Lundh L.G., Wångby-Lundh M., et al. What happens to young adults who have engaged in self-injurious behavior as adolescents? A 10-year follow-up // European Child & Adolescent Psychiatry. 2021. Vol. 30 (3). P. 475—492. DOI: 10.1007/s00787-020-01533-4
162. Brager-Larsen A., Zeiner P., Klungsøyr O. Is age of self-harm onset associated with increased frequency of non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescent outpatients? // BMC psychiatry. 2022. Vol. 22. P. 58. DOI: 10.1186/s12888-022-03712-w
163. Rahman F., Webb R. T., Wittkowski A. Risk factors for self-harm repetition in adolescents: a systematic review // Clinical psychology review. 2021. Vol. 88. P. 102048. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102048
164. Witt K. G., Hetrick S. E., Rajaram G., et al. Interventions for self-harm in children and adolescents // Cochrane database of systematic reviews. 2021. No. 3. P. CD013667. DOI: 10.1002/14651858.CD013667.pub2
165. Duarte T. A., Paulino S., Almeida C., et al. Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts // Psychiatry Research. 2020. Vol. 287. P. 112553. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.112553
166. Taylor P. J., Jomar K., Dhingra K., et al. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury // Journal of affective disorders. 2018. Vol. 227. P. 759—769. DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.073
167. Польская Н.А., Мельникова М.А. Диссоциация, травма и самоповреждающее поведение // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Том 28, № 1. С. 25—48. DOI: 10.17759/cpp.202028010
168. O'Loughlin C., Burke T. A., Ammerman B. A. Examining the time to transition from nonsuicidal self-injury to suicide attempt: A brief report //

- Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2021. Vol. 42 (2). P. 157—161. DOI: 10.1027/0227-5910/a000715
169. Nock M. K. Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors // *Applied and preventive psychology*. 2008. Vol. 12 (4). P. 159—168. DOI: 10.1016/j.appsy.2008.05.002
170. Hooley J. M., St Germain S. A. Nonsuicidal self-injury, pain, and self-criticism: does changing self-worth change pain endurance in people who engage in self-injury? // *Clinical Psychological Science*. 2013. Vol. 2 (3). P. 297—305. DOI: 10.1177/2167702613509372
171. Hooley J. M., Ho D. T., Slater J., et al. Pain perception and nonsuicidal self-injury: A laboratory investigation Personal // *Personality Disorders*. 2010. Vol. 1 (3). P. 170—179. DOI: 10.1037/a0020106
172. Burke T. A., Fox K., Kautz M., et al. Real-time monitoring of the associations between self-critical and self-punishment cognitions and nonsuicidal self-injury // *Behaviour research and therapy*. 2021. Vol. 137. DOI: 10.1016/j.brat.2020.103775
173. Hooley J. M., Franklin J. C. Why Do People Hurt Themselves? A New Conceptual Model of Nonsuicidal Self-Injury // *Clinical Psychological Science*. 2017. Vol. 6 (3). P. 428—451. DOI: 10.1177/2167702617745641
174. Shen Y., Hu Y., Zhou Y., et al. Non-suicidal self-injury function: prevalence in adolescents with depression and its associations with non-suicidal self-injury severity, duration and suicide // *Frontiers in Psychiatry*. 2023. Vol. 14. P. 1188327. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1188327
175. Gardner K. J., Paul E., Selby E. A., et al. Intrapersonal and interpersonal functions as pathways to future self-harm repetition and suicide attempts // *Frontiers in psychology*. 2021. Vol. 12. P. 688472. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.688472
176. Muehlenkamp J. J., Xhunga N., Brausch A. M. Self-injury age of onset: A risk factor for NSSI severity and suicidal behavior // *Archives of Suicide Research*. 2019. Vol. 23 (4). P. 551—563. DOI: 10.1080/13811118.2018.1486252
177. Lurigio A. J., Nesi D., Meyers S. M. Nonsuicidal self injury among young adults and adolescents: Historical, cultural and clinical understandings // *Social Work in Mental Health*. 2024. Vol. 22 (1). P. 122—148. DOI: 10.1080/15332985.2023.2264434
178. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Применение культурно-исторической методологии к анализу анамнеза группы мальчиков-подростков с самоповреждающим поведением // *Национальный психологический журнал*. 2023. Т. 1, № 49. С. 102—113. DOI: 10.11621/npj.2023.0109

179. Menninger K. A. *Man Against Himself*. N.Y.: Harcourt Brace and World, 1938. 485 p.
180. Kreitman N., Phillip A. E., Greer S., et al. Parasuicide // *British Journal of Psychiatry*. 1969. Vol. 115 (523). P. 746—747.
181. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. — М.: М-во здравоохранения РСФСР, 1980. — 55 с.
182. Silverman M. M. Challenges to classifying suicidal ideations, communications, and behaviours // *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice* / Eds. by R. C. O'Connor et al. Chichester (UK): Wiley Blackwell, 2011. P. 9—25.
183. Hamza C. A., Stewart S. L., Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model // *Clinical Psychology Review*. 2012. Vol. 32 (6). P. 482—495. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.05.003
184. Klonsky E. D., Dixon-Luinenburg T., May A. M. The critical distinction between suicidal ideation and suicide attempts // *World psychiatry*. 2021. Vol. 20 (3). P. 439—441. DOI: 10.1002/wps.20909
185. Van Orden K. A., Witte T. K., Cukrowicz K. C., et al. The interpersonal theory of suicide // *Psychological Review*. 2010. Vol. 117 (2). P. 575—600. DOI: 10.1037/a0018697
186. Willoughby T., Heffer T., Hamza C. A. The link between nonsuicidal self-injury and acquired capability for suicide: A longitudinal study // *Journal of abnormal psychology*. 2015. Vol. 124 (4). P. 1110—1115. DOI: 10.1037/abn0000104
187. Kiekens G., Hasking P., Boyes M., et al. The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 239. P. 171—179. DOI: 10.1016/j.jad.2018.06.033
188. Muehlenkamp J. J., Gutierrez P. M. Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury // *Archives of Suicide Research*. 2007. Vol. 11 (1). P. 69—82. DOI: 10.1080/13811110600992902
189. Nock M. K., Joiner T. E. Jr., Gordon K. H., et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts // *Psychiatry Research*. 2006. Vol. 144 (1). P. 65—72. DOI: 10.1016/j.psychres.2006.05.010
190. Nock M. K. Self-injury // *Annual review of clinical psychology*. 2010. Vol. 6. P. 339—363. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
191. Muehlenkamp J. J., Gutierrez P. M. An Investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004. Vol. 34 (1). P. 12—23. DOI: 10.1521/suli.34.1.12.27769

192. Dickstein D. P., Puzia M. E., Cushman G. K., et al. Self-injurious implicit attitudes among adolescent suicide attempters versus those engaged in nonsuicidal self-injury // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015. Vol. 56 (10). P. 1127—1136. DOI: 10.1111/jcpp.12385
193. Nock M., Prinstein M., Sterba S. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults // *Journal of Abnormal Psychology*. 2009. Vol. 118 (4). P. 816—827. DOI: 10.1037/a0016948
194. Baumeister R. F. Suicide as escape from self // *Psychological review*. 1990. Vol. 97 (1). P. 90—113.
195. Groschwitz R. C., Kaess M., Fischer G., Ameis N., Schulze U. M., Brunner R., Koelch M., Plener P. L. The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients // *Psychiatry Research*. 2015. Vol. 228 (3). P. 454—461. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.06.019
196. Kirkcaldy B. D., Brown J. M., Siefen G. R. Profiling adolescents attempting suicide and self-injurious behavior // *International Journal on Disability and Human Development*. 2007. Vol. 6 (1). P. 75—86. DOI: 10.1515/ijdh.2007.6.1.75
197. Poudel A., Lamichhane A., Magar K. R., et al. Non-suicidal self injury and suicidal behavior among adolescents: co-occurrence and associated risk factors // *BMC Psychiatry*. 2022. Vol. 22. P. 96. DOI: 10.1186/s12888-022-03763-z
198. Klonsky E. D., May A. M., Glenn C. R. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples // *Journal of Abnormal Psychology*. 2013. Vol. 122 (1). P. 231—237. DOI: 10.1037/a0030278
199. Voss C., Hoyer J., Venz J., et al. Non-suicidal self-injury and its co-occurrence with suicidal behavior: A epidemiological-study among adolescents and young adults // *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2020. Vol. 142. P. 469—508. DOI: 10.1111/acps.13237
200. Tang J., Yu Y., Wu Y., Du Y., Ma Y., Zhu H., Zhang P., Liu Z. Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: a cross-section study // *PloS ONE*. 2011. Vol. 6 (4). P. e17977. DOI: 10.1371/journal.pone.0017977
201. Ye Z., Xiong F., Li W. A meta-analysis of co-occurrence of non-suicidal self-injury and suicide attempt: Implications for clinical intervention and future diagnosis // *Frontiers in psychiatry*. 2022. Vol. 13. P. 976217. DOI: 10.3389/fpsy.2022.976217
202. Taliaferro L. A., Almeida J., Aguinaldo L. D., et al. Function and progression of non-suicidal self-injury and relationship with suicide attempts: A qualitative investigation with an adolescent clinical sample // *Clinical*

- Child Psychology and Psychiatry. 2019. Vol. 24 (4). P. 821—830. DOI: 10.1177/1359104519862340
203. Zobel S. B., Bruno S., Torru P., et al. Investigating the path from non-suicidal self-injury to suicidal ideation: the moderating role of emotion dysregulation // *Psychiatry investigation*. — 2023. Vol. 20 (7). P. 616—624. DOI: 10.30773/pi.2022.0338
204. Baetens I., Claes L., Onghena P., et al. The effects of nonsuicidal self-injury on parenting behaviors: a longitudinal analyses of the perspective of the parent // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015. Vol. 9. P. 24. DOI: 10.1186/s13034-015-0059-2
205. Liu B. P., Lunde K. B., Jia C. X., et al. The short-term rate of non-fatal and fatal repetition of deliberate self-harm: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies // *Journal of Affective Disorders*. 2020. Vol. 273. P. 597—603. DOI: 10.1016/j.jad.2020.05.072
206. Anestis M. D., Khazem L. R., Law K. C. How Many Times and How Many Ways: The impact of number of nonsuicidal self-injury methods on the relationship between nonsuicidal self-injury frequency and suicidal behavior // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2015. Vol. 45 (2). P. 164—177. DOI: 10.1111/sltb.12120
207. Neupane S. P., Mehlum L. Adolescents with non-suicidal self-harm—who among them has attempted suicide? // *Archives of Suicide Research*. 2023. Vol. 27 (3). P. 866—879. DOI: 10.1080/13811118.2022.2072254
208. Ammerman B. A., Burke T. A., Alloy L. B., et al. Subjective pain during NSSI as an active agent in suicide risk // *Psychiatry Research*. 2016. Vol. 236. P. 80—85. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.12.028
209. Silva A. C., Miaso A. I., Araújo A., et al. Prevention of non-suicidal self-injury: construction and validation of educational material // *Revista latino-americana de enfermagem*. 2022. Vol. 30. P. e3735. DOI: 10.1590/1518-8345.6265.3735
210. Mummé T. A., Mildred H., Knight T. How do people stop non-suicidal self-injury? A systematic review // *Archives of suicide research*. 2017. Vol. 21 (3). P. 470—489. DOI: 10.1080/13811118.2016.1222319
211. Brent D. A., McMakin D. L., Kennard B. D., et al. Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013. Vol. 52 (12). P. 1260—1271. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.09.009
212. Iyengar U., Snowden N., Asarnow J. R., et al. A further look at therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: an updated systematic review of randomized controlled trials // *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. P. 583. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00583
213. Labelle R., Pouliot L., Janelle A. A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behav-

- ious in adolescents // Canadian Psychology / Psychologie Canadienne. 2015. Vol. 56 (4). P. 368. DOI: 10.1037/a0039159
214. Liljedahl S. I., Hellner C., Pettersson A., et al. School-based self-harm prevention programs: A systematic review with implications for international implementation // Scandinavian journal of psychology. 2023. Vol. 64 (6). P. 825—837. DOI: 10.1111/sjop.12945
215. Suicide decriminalization. — URL: <https://unitedgmh.org/knowledge-hub/suicide-decriminalisation/> (дата обращения 28.01.2024)
216. Esquirol J.-E. D. Mental Maladies: A Treatise on Insanity, tr. E.K. Hunt, Philadelphia: Lea and Blanchard. 1845. P. 253—317.
217. Бехтерев В.М. Общая диагностика болезней нервной системы, ч. 1—2. — СПб., 1911—1915. — 332 с.
218. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — СПб.: Питер, 2022. — 304 с.
219. Mann J. J. The neurobiology of suicide // Nature Medicine. 1998. Vol. 4 (1). P. 25—30.
220. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд; пер. с франц. 2-е изд. — М.: Мысль, 1994.
221. Farberow N. L., Shneidman E. S. The cry for help. N.-Y. 1961.
222. Menninger K. Man against himself. New York: Harcourt, Brace & World. 1938.
223. Menninger W. W. A psychoanalytic perspective on violence. Bulletin of the Menninger Clinic. 2007 Jul. Vol. 71(2). P. 115—131.
224. Салливан Г. С. Интерперсональный психоанализ. — СПб., 1999. — 347 с.
225. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник; пер. с англ. и нем. — М.: Прогресс, 1990. — 368 с.
226. Shneidman E. S. The suicidal mind. Oxford University Press, USA. 1998.
227. Beck A. T., Steer R. A., Beck J. S., & Newman C. F. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1993. Vol. 23. P. 139—145.
228. 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
229. Rudd M. D. The suicidal mode: a cognitive-behavioral model of suicidality. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2000 Mar 1. Vol. 30 (1). P. 18—33.
230. Karthick S., Barwa S. A review on theoretical models of suicide [Электронный ресурс] // International Journal of Advances in Scientific Research. 2017. Vol. 3 (9). P. 101—109. <https://doi.org/10.7439/ijasr> (дата обращения 28.01.2024)

231. Orbach I. Dissociation, physical pain, and suicide: A hypothesis. *Suicide and life-threatening Behavior*. 1994 Mar 1. Vol. 24 (1). P. 68—79.
232. Linehan M. M., Goodstein J., Nielsen S. L., Chiles J. A. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reason for Living Inventory // *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 1983. Vol. 51 (2). P. 276—286.
233. Linehan M. M., Cochran B. N., Kehrер C. A. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 2001. Vol. 4. P. 365—420.
234. Mark J., Williams G., Swales M. The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients. *Archives of Suicide Research*. 2004 Oct 1. Vol. 8 (4). P. 315—329.
235. Williams J. M., Williams M. *Cry of pain: Understanding suicide and self-harm*. Penguin Group USA. 1997.
236. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. — М., 1980. — 48 с.
237. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // *Социальная и клиническая психиатрия*. 1996. Том 6, № 4. С. 14—20.
238. Lester D. Suicide as a Learned Behavior // *Contemporary Sociology*. 1988. Vol. 17 (3). P. 366.
239. Blumenthal S.J., Kupfer D.J. Overview of early detection and treatment strategies for suicidal behavior in young people. *Journal of Youth and Adolescence*. 1988 Feb 1. Vol. 17 (1). P. 1—23.
240. Heeringen van K. Stress-diathesis model of suicidal behavior. The neurobiological basis of suicide. 2012. P. 51—113.
241. Pollock L. R., Williams J. M. Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001 Dec 1. Vol. 31 (4). P. 386—396.
242. Попов Ю.В., Бруг А.В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2005. № 1. С. 24—26.
243. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) // *Суицидология*. 2015. № 4. С. 21—32.
244. 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: 29.07.2016)
245. Розанов В.А. Суицидальное поведение несовершеннолетних // *Национальное руководство по суицидологии* / Под ред. Б.С. Поло-

- жего. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. — С. 288—314.
246. Сырковашина К.В. Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте [Электронный ресурс] // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25, № 3. С. 60—75. DOI: 10.17759/cpp.2017250304 (дата обращения 28.01.2024)
247. Wagner B. M. Suicidal behavior in children and adolescents. Yale University Press. 2009 Oct 13.
248. Berona J., Horwitz A. G., Czyz E. K., King Ch. A. Psychopathology profiles of acutely suicidal adolescents: Associations with post-discharge suicide attempts and rehospitalization [Электронный ресурс] // J Affect Disord. 2017 February. Vol. 209. P. 97—104. DOI: 10.1016/j.jad.2016.10.036
249. Clayton M. G., Pollak O. H., Prinstein M. J. Why Suicide? Suicide Proximity and Adolescent Risk for Suicidal Thoughts and Behaviors [Электронный ресурс] // Clinical Child and Family Psychology Review. 2023. Vol. 26. P. 904—918. DOI: 10.1007/s10567-023-00456-1
250. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. — М., 1978. — 13 с.
251. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Уманский Л.Я. Аутодеструктивное поведение подростков // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. — М., 1989. — С. 52—62.
252. Боулби Дж. Привязанность. — М.: Гардарики, 2003. — 287 с.
253. Сырковашина К.В. Психологический анализ в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по делам о самоубийстве несовершеннолетних: алгоритм, факторы, основные элементы [Электронный ресурс] // Психология и право. 2020. Т. 10, № 3. С. 248—259. DOI: 10.17759/psylaw.2020100317
254. 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.
255. Joiner T. Why people die by suicide // Cambridge: Harvard University Press. 2005. 288 p.
256. Klonsky E. D., Saffer B. Y., Bryan C. J. Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update // Curr Opin Psychol. Aug; 22. P. 38—43. 2018. DOI: 10.1016/j.copsyc.2017.07.020. Epub 2017 Jul 24. PMID: 30122276.
257. Christensen H., Batterham P. J., Soubelet A., Mackinnon A. J. A test of the Interpersonal Theory of Suicide in a large community-based cohort //

- J Affect Disord. 2013. Jan 25. Vol. 144 (3). P. 225—234. DOI: 10.1016/j.jad.2012.07.002. Epub 2012 Aug 3. PMID: 22862889.
258. Tucker R. P., Hagan C. R., Hill R. M., Shish M. L., Bagge C. L., Joiner T. E. Jr., Wingate L.R. Empirical extension of the interpersonal theory of suicide: Investigating the role of interpersonal hopelessness // *Psychiatry Res.* 2018. Jan. Vol. 259. P. 427—432. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.11.005. Epub 2017 Nov 6. PMID: 29128621.
259. Horton S. E., Hughes J. L., King J. D., Kennard B. D., Westers N. J., Mayes T. L., Stewart S. M. Preliminary Examination of the Interpersonal Psychological Theory of Suicide in an Adolescent Clinical Sample // *J Abnorm Child Psychol.* Aug. Vol. 44 (6). P. 1133-1144. 2016. DOI: 10.1007/s10802-015-0109-5. PMID: 26667025.
260. Erikson E. *Childhood and Society*. 2nd ed. 1963.
261. Выготский Л.С. Вопросы теории и истории психологии // *Собрание сочинений: в 6 томах. Т. 1.* — М.: Педагогика. 1982. — С. 109—131.
262. Выготский Л.С. *Детская психология* // *Собрание сочинений: В 6-ти томах. Том 4.* — М.: Педагогика, 1984. — 432 с.
263. Laursen B., Hartl A. C. Understanding loneliness during adolescence: developmental changes that increase the risk of perceived social isolation // *Journal of Adolescence.* 2013. Vol. 36. P. 1261—1268.
264. Elkind D. Egocentrism in adolescence // *Child Development.* 1967. P. 1025—1034.
265. 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.* 2017. Vol. 46 (3). P. 437—449. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1020542>
266. Hill R. M., Pettit J. W. (2019). Pilot Randomized Controlled Trial of LEAP: A selective preventive intervention to reduce adolescents' perceived burdensomeness // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 2019. Vol. 48 (sup1). — S45—S56. DOI: 10.1080/15374416.2016.1188705
267. Ma J., Batterham P. J., Callear A. L., Han J. A systematic review of the predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior // *Clinical Psychology Review.* 2016. Vol. 46. .P. 34—45. DOI: 10.1016/j.cpr.2016.04.008
268. 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 Life Threat Behav.* 2016 Jun. Vol. 46 (3). P. 337—351. DOI: 10.1111/sltb.12196. Epub 2015 Oct 12. PMID: 26456085.
269. Kerig P. Theories of adolescent psychopathology // *Encyclopedia of adolescence* / Editors: B. Brown, Mitchell J. Prinstein. 2011. P. 237—243.

270. Soenens B., Vansteenkiste M., Beyers W. Parenting adolescents. In *Handbook of parenting: Vol. 1: Children and parenting* (P. 101—167). Routledge. Retrieved May 1, 2022, from <http://hdl.handle.net/1854/LU-8606038>
271. Buitron V., Hill R. M., Pettit J. W., Green K. L., Hatkevich C., Sharp C. Interpersonal stress and suicidal ideation in adolescence: An indirect association through perceived burdensomeness toward others // *J Affect Disord.* 2016. Jan 15. Vol. 190. P. 143—149. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.077. Epub 2015 Oct 22. PMID: 26519633.
272. Hunt Q. A., Krauthamer Ewing E. S., Weiler L.M., Ogbaselase F. A., Mendenhall T., McGuire J. K., Monet M., Kobak R., Diamond G. S. Family relationships and the interpersonal theory of suicide in a clinically suicidal sample of adolescents // *Journal of Marital and Family Therapy.* 2021. DOI: 10.1111/jmft.12549
273. Oppenheimer C. W., Hankin B. L., Young J. Effect of parenting and peer stressors on cognitive vulnerability and risk for depression among youth // *Journal of Abnormal Child Psychology.* 2018. Vol. 46 (3). P. 597—612. DOI: 10.1007/s10802-017-0315-4
274. Adelstein W. Adolescent Suicide and Family Interaction Patterns // *Master's Theses.* 1996.
275. Maultsby K., López R. Jr., Wolff J., Spirito A., Esposito-Smythers C. Longitudinal Relations Between Parenting Practices and Adolescent Suicidal Ideation in a High-Risk Clinical Sample: A Moderated Mediation Model // *Res Child Adolesc Psychopathol.* 2023. May; Vol. 51 (5). P. 613—623. DOI: 10.1007/s10802-022-01018-9. Epub 2023 Jan 18. PMID: 36652026.
276. Cleare S., Wetherall K., Eschle S., Forrester R., Drummond J., O'Connor R. C. Using the integrated motivational-volitional (IMV) model of suicidal behaviour to differentiate those with and without suicidal intent in hospital treated self-harm // *Prev. Med.* — 2021. Nov; Vol. 152 (Pt 1):106592. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106592. Epub 2021 Sep 16. PMID: 34538374.
277. O'Connor R. C., Kirtley O. J. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour // *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2018. Sep 5; 373(1754):20170268. DOI: 10.1098/rstb.2017.0268. PMID: 30012735; PMCID: PMC6053985.
278. Williams J. M. G., Pollock L. R. Psychological aspects of the suicidal process / In K. van Heeringen editor. West Sussex, England: Wiley // *In: Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention.* 2001. P. 76—94.
279. O'Connor R. The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior // *Crisis.* 2011. Vol. 32. P. 295—298. DOI: 10.1027/0227-5910/a000120

280. Flores-Kanter P. E., Garcia-Batista Z. E., Moretti L. S., Medrano L. A. Towards an Explanatory Model of Suicidal Ideation: The Effects of Cognitive Emotional Regulation Strategies, Affectivity and Hopelessness // *Span J Psychol.* 2019. Vol. 22. E43. PubMed ID: 31679556. DOI: 10.1017/sjp.2019.45
281. McClelland H., Evans J. J., O'Connor R. C. Exploring the role of loneliness in relation to self-injurious thoughts and behaviour in the context of the integrated motivational-volitional model // *J Psychiatr Res.* 2021. Sep; Vol. 141. P. 309—317. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.07.020. Epub 2021 Jul 15. PMID: 34304034.
282. 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
283. Panagioti M., Gooding P.A., Tarrier N. Hopelessness, defeat, and entrapment in posttraumatic stress disorder their association with suicidal behavior and severity of depression // *Journal of nervous and mental disease.* 2012. Vol. 8 (200). P. 676—683.
284. Wetherall K., Cleare S., Eschle S., et al. From ideation to action: Differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of young adults // *Journal of Affective Disorders.* 2018. Vol. 241. P. 475—483.
285. D Beurs D., van Borkulo C., O'Connor R. Association between suicidal symptoms and repeat suicidal behaviour within a sample of hospital-treated suicide attempters // *British Journal of Psychiatry Open.* 2017. Vol. 3. P. 120—126.
286. Klonsky E. D., May A. 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. P. 114—129. DOI: 10.1521/ijct.2015.8.2.114
287. Klonsky E. D., Pachkowski M. C., Shahnaz A., May A. M. The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification // *Prev Med.* 2021. Nov; 152 (Pt 1): 106549. DOI: 10.1016/j.ypmed.2021.106549. Epub 2021 Sep 16. PMID: 34538372.
288. May A. M., Klonsky E. D. Assessing motivations for suicide attempts: development and psychometric properties of the inventory of motivations for suicide attempts // *Suicide Life Threat Behav.* 2013. Oct; 43(5):532—546. DOI: 10.1111/sltb.12037. Epub 2013 Jun 1. PMID: 23725576.
289. May A. M., Pachkowski M. C., Klonsky E. D. Motivations for suicide: Converging evidence from clinical and community samples // *J Psychiatr Res.* 2020. Apr; 123:171—177. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.02.010. Epub 2020 Feb 10. PMID: 32078834.

290. May A. M., O'Brien K. H., Liu R. T., Klonsky E. D. Descriptive and Psychometric Properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts (IMSA) in an Inpatient Adolescent Sample // *Arch Suicide Res.* 2016. — Jul 2. Vol. 20 (3). P. 476—82. DOI: 10.1080/13811118.2015.1095688. Epub 2016 Apr 4. PMID: 27046630; PMCID: PMC4920692.
291. Mars B., Heron J., Klonsky E. D., Moran P., O'Connor R., Tilling K., Wilkinson P., Gunnell D. What distinguishes adolescents with suicidal thoughts from those who have attempted suicide? A population-based birth cohort study // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2018. DOI: 60. 10.1111/jcpp.12878
292. Tsai M., Lari H., Saffy S., Klonsky E. D. Examining the Three-Step Theory (3ST) of Suicide in a Prospective Study of Adult Psychiatric Inpatients // *Behavior Therapy.* 2020. DOI: 52.10.1016/j.beth.2020.08.007
293. Pachkowski M., Hewitt P., Klonsky E. D. Examining Suicidal Desire Through the Lens of the Three-Step Theory: A Cross-Sectional and Longitudinal Investigation in a Community Sample // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2021. Vol. 89. DOI: 10.1037/ccp0000546
294. Суботич М.И., Холмогорова А.Б. Когнитивные и поведенческие факторы хронификации суицидального поведения. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2023. Т. 12, № 3. С. 397—405. DOI: 10.23934/2223-9022-2023-12-3-397-405
295. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. Т. 3. Проблемы развития психики / Под ред. А.М. Матюшкина. — М.: Педагогика, 1983.
296. Зарецкий В.К. Зона ближайшего развития: о чем не успел написать Выготский... // *Культурно-историческая психология.* 2007. № 3. С. 96—104.
297. Зарецкий В.К., Николаевская И.А. Многовекторная модель зоны ближайшего развития как способ анализа динамики развития ребенка в учебной деятельности // *Консультативная психология и психотерапия.* 2019. Т. 27, № 2. С. 95—113. DOI: 10.17759/cpp.2019270207
298. Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Педагогическая, психологическая и психотерапевтическая помощь в процессе преодоления учебных трудностей как содействие развитию ребенка // *Консультативная психология и психотерапия.* 2017. Т. 25, № 3. С. 33—59. DOI: 10.17759/cpp.2017250303
299. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 4. Проблемы детской (возрастной психологии). — М.: Педагогика, 1984. — С. 243—432.
300. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 2. Мышление и речь. — М.: Педагогика, 1982. — С. 5—361.
301. Выготский Л.С. Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте // *Избранные психологические исследования.* — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956. — С. 438—452.

302. Зарецкий Ю.В. Субъектная позиция школьников по отношению к учебной деятельности в разных возрастных периодах: автореф. дисс... канд. психол. наук. М., 2014. 24 с.
303. Зарецкий Ю.В., Зарецкий В.К. Субъектная позиция ребенка в преодолении учебных трудностей // Консультативная психология и психотерапия. 2012. № 2. С. 110—134.
304. Холмогорова А.Б., Клименкова Е.Н. Способность к эмпатии в контексте проблемы субъектности // Консультативная психология и психотерапия. 2017. № 2. С. 75—93.
305. Зарецкий В.К. Теорема Л.С. Выготского «Один шаг в обучении — сто шагов в развитии»: в поисках доказательства // Культурно-историческая психология. 2015. Т. 11, № 3. С. 44—63. DOI: 10.17759/chp.2015110305
306. Зарецкий В.К. Один шаг в обучении — сто шагов в развитии: от идеи к практике // Культурно-историческая психология. 2016. Том 12, № 3. С. 149—188. DOI: 10.17759/chp.2016120309
307. Zaretskii V.K. Zone of proximal development: what Vygotsky didn't have time to write // Journal of Russian and East European Psychology. 2009. Vol. 47 (6). P. 70—93. DOI: 10.2753/RPO1061-0405470604
308. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии. // Социальная и клиническая психиатрия. 1988. № 1. С. 94—102.
309. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра — М.: ИД «Медпрактика-М», 2011.
310. Fortune S. A., Hawton K. Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents // Current Paediatrics. 2005. Vol. 15. P. 575—580.
311. Зарецкий В.К., Смирнова Н.С., Зарецкий Ю.В., Евлашкина Н.М., Холмогорова А.Б. Три главные проблемы подростков с девиантным поведением. Почему возникают? Как помочь? : учебное пособие. — М.: ФОРУМ, 2011. — 208 с.
312. Евлашкина Н.М., Холмогорова А.Б. Мотивация аффилиации и динамика агрессивного поведения у подростков с девиантным поведением. // Дефектология. 2011. № 4. С. 65—72.
313. Verona E., Patrick C., Joiner T. Psychopathy, antisocial personality and suicide risk // Journal of abnormal psychology. 2001. Vol. 110. P. 462—470.
314. Stephens B. Cheap thrills and humble pie: The adolescence of female suicide attempters // Suicide and Life-Threatening Behavior. 1987. Vol. 34. P. 314—334.
315. Hankin B., Roberts J., Gotlib I. Elevated self-standards and emotional distress during adolescence: Emotional specificity and gender differences // Cognitive Therapy and Research. 1997. Vol. 21 (6). P. 663—679.

316. Hewitt P., Newton J., Flett G., Callander L. Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients // *Journal of Abnormal Psychology*. 1997. Vol. 25 (2). P. 95—101.
317. Fehon D., Grilo C., Martino S. A comparison of dependent and self-critically depressed hospitalized adolescents // *Journal of Youth and Adolescence*. 2000. Vol. 29. P. 93—105.
318. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Горшкова Д.А., Мельник А.М. Суицидальное поведение в студенческой популяции // *Культурно-историческая психология*. 2009. № 3. С. 101—110.
319. Андреюк В.Ю., Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Школьная дезадаптация в форме систематических пропусков занятий: факторы риска и психосоциальная реабилитация // *Дефектология*. 2009. № 5. С. 39—47.
320. Волкова Е.Н., Гришина А.В. Оценка распространенности насилия в образовательной среде школы // *Психологическая наука и образование*. 2013. № 6. С. 19—28.
321. Воликова С.В., Калинин Е.А. Детско-родительские отношения как фактор школьного буллинга // *Консультативная психология и психотерапия*. 2015. Т. 23, № 4. С. 138—161. DOI: 10.17759/cpp.2015230409
322. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I // *Суицидология*. 2012. № 3 (8). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/smi-i-podrazhatelnoe-suitsidalnoe-povedenie-chast-i> (дата обращения: 01.02.2024)
323. Солдатова Г.У., Илюхина С.Н. Аутодеструктивный онлайн-контент: особенности оценки и реагирования подростков и молодежи // *Консультативная психология и психотерапия*. 2021. Т. 29, № 1. С. 66—91. DOI: 10.17759/cpp.2021290105
324. Макарова Е.А. Самоповреждающее поведение детей и подростков в сети Интернет // *Вестник ТИУиЭ*. 2023. № 1 (37). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/samopovrezhdayuschee-povedenie-detey-i-podrostkov-v-seti-internet> (дата обращения: 01.02.2024)
325. Picardo J., McKenzie S. K., Collings S., Jenkin G. Suicide and self-harm content on Instagram: A systematic scoping review // *PLoS One*. 2020. Vol. 15 (9). DOI: 10.1371/journal.pone.0238603
326. Солдатова Г.У., Войскунский А.Е. Социально-когнитивная концепция цифровой социализации: новая экосистема и социальная эволюция психики [Электронный ресурс] // *Психология. Журнал Высшей школы экономики*, 2021. Т. 18, № 3. С. 431—450. DOI: 10.17323/1813-8918-2021-3-431-450
327. Goldsmith A., Wall D. The seduction of cybercrime: adolescence and the thrill of digital transgression [Электронный ресурс] // *Europe-*

- an *Journal of Criminology*. Issue 1, January 2022. P. 98—117. DOI: 10.1177/1477370819887305 (дата обращения 2.01.2024)
328. Соколова М.В., Дозорцева Е.Г. Склонность к аутоагрессивному поведению у подростков и информация, потребляемая ими в Интернете [Электронный ресурс] // *Психология и право*. 2019. Т. 9, № 1. С. 22—35. DOI: 10.17759/psylaw.2019090102
329. Гаранян Н.Г., Щукин Д.А. Частые социальные сравнения как фактор эмоциональной дезадаптации студентов // *Консультативная психология и психотерапия*. 2014. Т. 22, № 4. С. 182—206.
330. Гаранян Н.Г. Адаптация «Шкалы ориентации на социальные сравнения (INCOM)» на российской молодежной выборке : метод. пособие / Н.Г. Гаранян. — М.: Неолит. 2016. — 68 с.
331. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // *Консультативная психология и психотерапия*. 2001. Т. 9, № 4. С. 18—48.
332. Торотоева А.М. Самоубийства среди молодежи Южной Кореи: причины и стратегии предотвращения // *Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 11. Социология: Реферативный журнал*. 2021. № 3. С. 37—47. DOI: 10.31249/rsoc/2021.03.04. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/samoubiystva-sredi-molodezhi-yuzhnoy-korei-prichiny-i-strategii-predotvrashcheniya> (дата обращения: 01.02.2024)
333. Lee M., Wong B., Chow B., & McBride-Chang C. (2005). Predictors of suicide ideation and depression in Hong Kong adolescents: Perceptions of academic and family climates. // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Vol. 35 (2). P. 170—182. DOI: 10.1521/suli.35.2.170.62877
334. Ortiz-Sánchez F. A., Brambila-Tapia A. J. L., Cárdenas-Fujita L. S., Toledo-Lozano C. G., Samudio-Cruz M. A., Gómez-Díaz B., García S., Rodríguez-Arellano M. E., Zamora-González E. O., López-Hernández L. B. Family Functioning and Suicide Attempts in Mexican Adolescents. *Behavioral Sciences*. 2023. Vol. 13 (2). P. 120. DOI: 10.3390/bs13020120
335. Клепикова Н.М. Дисфункциональная семья как фактор формирования девиаций у подростков / Н.М. Клепикова, С.Б. Нестерова // *СМАЛЬТА*. 2020. № 4. С. 66—80.
336. Ильина А.А. Взгляд системного семейного психолога на развитие суицидального поведения у детей и подростков / А.А. Ильина // *Подросток в мегаполисе: неравенство и возможности : сборник трудов XIII Международной научно-практической конференции, Москва, 14—16 апреля 2020 года / Институт общественных наук РАНХиГС; НИУ ВШЭ; Московская высшая школа социальных и экономических наук. — М.: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2020. С. 79—81.*

337. Дубанова В.А. Взаимосвязь факторов семейных взаимоотношений и суицидальной активности подростков (на примере подростков с суицидальным поведением в Республике Бурятия) / В.А. Дубанова, С.В. Лубсанова // Практическая психология: вызовы и риски современного общества : материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 20-летию социально-психологического факультета Бурятского государственного университета имени Доржи Банзарова, Улан-Удэ, 25 сентября 2020 года. — Улан-Удэ: Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова, 2020. — С. 95—102.
338. Васягина Н.Н. Особенности внутрисемейных взаимоотношений у подростков с саморазрушающим поведением / Н. Н. Васягина, Ю. Г. Тактуева // Педагогическое образование в России. 2023. № 6. С. 249—255.
339. Sachs-Ericsson N. J., Stanley I. H., Sheffler J. L., Selby E., & Joiner T. E. (2017). Non-violent and violent forms of childhood abuse in the prediction of suicide attempts: Direct or indirect effects through psychiatric disorders? *Journal of Affective Disorders*. 215. P. 15—22. DOI: 10.1016/j.jad.2017.03.030
340. Angelakis I., Austin J.L., Gooding P. Association of Childhood Maltreatment with Suicide Behaviors among Young People: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020. Vol. 3 (8). e2012563. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.12563
341. Руженкова В.В. Влияние домашнего физического насилия, перенесенного в дошкольном возрасте, на социальную адаптацию и суицидальное поведение студентов-медиков / В.В. Руженкова, В.А. Руженков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019. № 2 (103). С. 55—64. DOI: 10.26617/1810-3111-2019-2(103)-55-64
342. Wherry, J. N., Baldwin, S., Junco, K., & Floyd, B. (2013). Suicidal thoughts/behaviors in sexually abused children. // *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*. Vol. 22 (5). P. 534—551. DOI: 10.1080/10538712.2013.800938
343. Janiri D., Moccia L., Montanari S., Simonetti A., Conte E., Chieffo D., Monti L., Kotzalidis G.D., Janiri L., Sani G. Primary emotional systems, childhood trauma, and suicidal ideation in youths with bipolar disorders. // *Child Abuse Negl*. 2023 Dec; 146:106521. DOI: 10.1016/j.chiabu.2023.106521. Epub 2023 Nov 5. PMID: 37931544.
344. Wolf J., Reinhard M. A., Goerigk S., Barton B. B., Burkhardt G., Tang J., Eder J., Amann B.L., Bertsch K., Jobst A., Musil R., Padberg F. Suicidal behaviors and adverse childhood experiences: A cross-diagnostic study in persistent depressive disorder and borderline personality dis-

- order. // *Psychiatry Res.* 2023 Dec; 330:115562. DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115562. Epub 2023 Oct 26. PMID: 37918208.
345. Shilpa Hari, Donna A. Ruch, Jeffrey A. Bridge, Farah W. Brink, The evaluation of emotional maltreatment's effect on family dynamics and suicidal behaviors. // *Child Abuse & Neglect.* 2023. Vol. 144. 106351. ISSN 0145-2134. DOI: 10.1016/j.chiabu.2023.106351
346. Heather A. Turner, Deirdre Colburn, Independent and Cumulative Effects of Recent Maltreatment on Suicidal Ideation and Thoughts of Self-harm in a National Sample of Youth. // *Journal of Adolescent Health.* 2022. Vol. 70 (2). P. 329—335, DOI: 10.1016/j.jadohealth.2021.09.022
347. Liu J., Fang Y., Gong J., Cui X., Meng T., Xiao B., He Y., Shen Y., Luo X., Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis // *Journal of Affective Disorders.* 2017. Vol. 220. P. 147—155. ISSN 0165-0327. DOI: 10.1016/j.jad.2017.03.060
348. Khan A., McCormack H. C., Bolger E. A., McGreenery C. E., Vitaliano G., Polcari A. and Teicher M. H. (2015) Childhood maltreatment, depression, and suicidal ideation: critical importance of parental and peer emotional abuse during developmental sensitive periods in males and females. // *Front. Psychiatry.* Vol. 6. P. 42. DOI: 10.3389/fpsyt.2015.00042
349. Walsh E. H., Herring M. P. & McMahon J. A Systematic Review of School-Based Suicide Prevention Interventions for Adolescents, and Intervention and Contextual Factors in Prevention. // *Prev Sci* 2023. Vol. 24. P. 365—381. DOI: 10.1007/s11121-022-01449-2
350. McEvoy D., Brannigan R., Cooke L., Butler E., Walsh C., Arensman E., Clarke M. Risk and protective factors for self-harm in adolescents and young adults: An umbrella review of systematic reviews // *Journal of Psychiatric Research.* November 2023. Vol. 168 (5). P. 353—380. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2023.10.017
351. Serafini G., Muzio C., Piccinini G., Flouri E., Ferrigno G., Pompili M., et al. Amore M. (2015). Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. // *European Child & Adolescent Psychiatry.* Vol. 24 (12). P. 1423—1446. DOI: 10.1007/s00787-015-0760-y
352. Wamser-Nanney R., Campbell C.L. (2022) Suicidality among Youth Exposed to Complex Trauma // *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma.* Vol. 31 (6). P. 715—733. DOI: 10.1080/10926771.2022.2068394
353. Allison S., Pearce C., Martin G., Miller K., Long R., Parental influence, pessimism and adolescent suicidality // *Archives of Suicide Research.* 1995. Vol. 1 (4). P. 229—242.
354. Bostik K. E., Everall R. D. Healing from suicide: adolescent perceptions of attachment relationships // *Br J Guid Counc.* 2007. Vol. 35 (1). P. 79—95. DOI: 10.1080/03069880601106815

355. Wedig M. M., Nock M. K. Parental Expressed Emotion and Adolescent Self-Injury // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007. Vol. 46 (9). P. 1171—1178. ISSN 0890-8567. DOI: 10.1097/chi.0b013e3180ca9aaf. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709619353>
356. Venta A., Sharp C. Attachment organization in suicide prevention research: preliminary findings and future directions in a sample of inpatient adolescents. *Crisis* (2014). Vol. 35 (1). P. 60—66. DOI: 10.1027/0227-5910/a000231
357. Baetens I., Claes L., Hasking P., et al. The Relationship Between Parental Expressed Emotions and Non-suicidal Self-injury: The Mediating Roles of Self-criticism and Depression // *J Child Fam Stud*. 2015. Vol. 24. P. 491—498. DOI: 10.1007/s10826-013-9861-8
358. Hagan C. R., Joiner T. E. The Indirect Effect of Perceived Criticism on Suicide Ideation and Attempts // *Archives of Suicide Research*. 2017. Vol. 21 (3). P. 438—454. DOI: 10.1080/13811118.2016.1218398
359. Campos R. C., Besser A., Blatt S.J. Recollections of parental rejection, self-criticism and depression in suicidality // *Arch Suicide Res*. 2013. Vol. 17. P. 58—74. DOI: 10.1080/13811118.2013.748416
360. Falgares G., Marchetti D., De Santis S., Carrozzino D., Kopala-Sibley D. C., Fulcheri M. and Verrocchio M.C. Attachment Styles and Suicide-Related Behaviors in Adolescence: The Mediating Role of Self-Criticism and Dependency // *Front. Psychiatry*. 2017. 8:36. DOI: 10.3389/fpsyt.2017.00036
361. Blatt S., Homann E. Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression // *Clin Psychol Rev*. 1992. Vol. 12 (1). P. 47—91. DOI: 10.1016/0272-7358(92)90091-L
362. Blatt S. J. *Experiences of Depression: Theoretical, Clinical, and Research Perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association (2004).
363. Ruyi Ding, Nini Wu, Suqin Tang, Tuo Liu, Wei Li, Shiguang Ni. Relations between parental response to children's negative emotions and suicidal ideation in chinese adolescents: Internalizing problems, emotion regulation, and perceived relationship quality with parents as mediators // *Journal of Affective Disorders*. 2022. Vol. 301. P. 205—216. DOI: 10.1016/j.jad.2022.01.043
364. Shortt J. W., Katz L. F., Allen N. B., Leve C., Davis B., & Sheeber L. (2015). Parent Emotion Socialization Constructs // *Social Development*. Vol. 25 (1). P. 31—46.
365. Huang J., Keung V. M. W., Cheung C. K. .M., Lo A.S C., Chan S. C., Pang W. S., Mui L. W. H., Lee A., Wong M. C. S, 2024.
366. Kerns K. A., Stevens A. C. Parent-child attachment in late adolescence: links to social relations and personality // *J Youth Adolesc*. 1996. Vol. 25 (3). P. 323—342. DOI: 10.1007/BF01537388

367. Brent D. What family studies teach us about suicidal behavior: implications for research, treatment, and prevention // *Eur Psychiatry*. 2010. Vol. 25 (5). P. 260—263. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2009.12.009
368. Violato C., Arato J. Childhood attachment and adolescent suicide: a step-wise discriminant analysis in a case-comparison study // *Individ Differ Res*. 2004. Vol. 2 (3). P. 162—168.
369. Sheftall A., Schoppe-Sullivan S., Bridge J. Insecure attachment and suicidal behavior in adolescents // *Crisis*. 2014. Vol. 35 (6). P. 426—430. DOI: 10.1027/0227-5910/a000273
370. Julia T. Myerson, Jillian K. Thomas, Katrina A. Rufino, Nausheen Noor, Michelle A. Patriquin. Relationship between parental attachment styles and suicide in adolescents and adults admitted to an inpatient psychiatric hospital. // *Journal of Affective Disorders*. 2023. Vol. 341. P. 170—175. DOI: 10.1016/j.jad.2023.08.111
371. Alvarez-Subiela X., Castellano-Tejedor C., Villar-Cabeza F., Vila-Grifoll M., Palao-Vidal D. Family Factors Related to Suicidal Behavior in Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. 19(16):9892. DOI: 10.3390/ijerph19169892
372. Goschin S., Briggs J., Blanco-Lutzen S., Cohen L. J., Galynker I., Parental affectionless control and suicidality // *Journal of Affective Disorders*. 2013. Vol. 151 (1). P. 1—6. ISSN 0165-0327. DOI: 10.1016/j.jad.2013.05.096
373. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. — СПб.: Питер, 2003. — 304 с.
374. Beck A. T., Schuyler D., Herman I. Development of Suicidal Intent Scales / A. Beck, Y. Resnik, D. Lettieri (Eds.) // *The Prediction of Suicide*. Philadelphia: The Charles Press, 1974. P. 45—56.
375. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta, 1990.
376. Paul N. A., Stanton S. J., Greeson J. M., Moria J., et al. Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability // *SCAN*. 2013. Vol. 8. P. 56—64.
377. Teasdale J. D. Emotional processing, three modes of mind, and the prevention of relapse in depression // *Behaviour Research and Therapy*. 1999. Vol. 37. P. 53—78.
378. Williams J. M., Barnhofer T., Crane C., Beck A. T. Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation // *Journal of Abnormal Psychology*. 2005. Vol. 114 (3). P. 421.
379. Miranda R., Nolen-Hoeksema S. Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1 year follow-up in a community sample // *Behaviour Research and Therapy*. 2007. Vol. 45. P. 3088—3095.

380. Wells A., Myers S., Wheatley J., Patel T., Brewin C. R. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: a multiple-baseline study of a new treatment // *Cognitive therapy research*. 2009. Vol. 33. P. 291—300.
381. Падун М.А. Когнитивный стиль и депрессия // *Экспериментальная психология*. 2009. Т. 2, № 4. С. 81—90.
382. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б., Цукарзи Э.Э., Ильин С.А., Мосолов С.Н. Динамика когнитивных функций у пациентов с резистентными депрессиями при применении электросудорожной терапии (ЭСТ) и циклической транскраниальной магнитной стимуляции (цТМС) // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2006. № 2. С. 47—51.
383. Raes F., Dewulf D., Van Heeringen C., Williams G. Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study // *Behaviour Research and Therapy*. 2009. Vol. 47. P. 623—627.
384. Segal Z.V., Gemar M., Williams S. Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression // *Journal of Abnormal Psychology*. 1999. Vol. 108. P. 3—10.
385. Keng S., Smoski M., Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies // *Clinical Psychology Review*. 2011. Vol. 31. P. 1041—1056.
386. Mikulincer M. Mental rumination and learned helplessness: Cognitive shifts during helplessness training and their behavioral consequences // In Sarason I.; Sarason B.; Pierce G. *Cognitive interference: Theories, methods, and findings*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. 1996. P. 191—210.
387. Watkins E. R. Constructive and Unconstructive Repetitive Thought // *Psychological Bulletin*. 2008. Vol. 134 (2). P. 163—206.
388. Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии / пер. с англ. Н. Алексеевой, О. Исаковой. — СПб.: Речь, 2003. — 368 с.
389. Raes F., Hermans D., Williams J. M., and Eelen P. A sentence completion procedure as an alternative to the autobiographical memory test for assessing overgeneral memory in non-clinical populations // *Memory*. 2007. Vol. 15. P. 495—507.
390. Ortuño-Sierra J., Aritio-Solana R., Díez Gómez del Casal A. & Fonseca-Pedrero E. Neurocognitive Functioning in Adolescents at Risk for Suicidal Behaviors // *Archives of Suicide Research*. 2021. Vol. 25 (3). P. 657—671. DOI: 10.1080/13811118.2020.1746938
391. Gunthert K. C., Cohen L. H., Butler A. C., Beck J. S. Depression and Next-day Spillover of Negative Mood and Depressive Cognitions Fol-

- lowing Interpersonal Stress // Springer science + Business Media, Inc., 2007.
392. Buitron V. et al. Interpersonal stress and suicidal ideation in adolescence: An indirect association through perceived burdensomeness toward others // *Journal of Affective Disorders*. 2016. Vol. 190. P. 143—149. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.07
393. Коломыцев Д.Ю., Дроздовский Ю.В. Кризисное мышление подростков с различными механизмами формирования суицидального поведения // *Суицидология*. 2018. Т. 9, № 4. С. 74—84. DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-74-84
394. Вроно Е.М. Предотвращение самоубийства. — Руководство для подростков. — М., 2001.
395. Enright R. D., Lapsley D. K., & Shukla D. G. Adolescent egocentrism in early and late adolescence // *Adolescence*. 1979. Vol. 14. P. 687—695.
396. Фокина А.В. Роль личностного эгоцентризма в структуре подростковой девиантности: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2008.
397. Rose J. P., Windschitl P. D. How egocentrism and optimism change in response to feed back in repeated competitions // *Organisation Behaviour and Human Decision Processes*. 2008. Vol. 105.
398. Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Сыровяшина К.В., Ошевский Д.С., Чибисова И.А., Терехина С.А. Возрастные особенности психического развития и состояния несовершеннолетних, совершивших суициды // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019. Т. 119, № 7—2. С. 20—24.
399. Stoeber J., Childs J. H. Perfectionism // R. J. R. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of adolescence*. New York: Springer. 2011. P. 2053—2059. DOI: 10.1007/978-1-4419-1695-2_279
400. Hewitt P., Flett G. Perfectionism and suicide potential // *Br J Clin Psychology*. 1992. Vol. 31. P. 181—190.
401. Brennan-Wydra E., Chung H. W., Angoff N., Chen Feng J., Phillips A., Schreiber J., Young C., Wilkins K. Maladaptive Perfectionism, Impositor Phenomenon, and Suicidal Ideation among Medical Students // *Acad Psychiatry*. 2021. Vol. 45 (6). P. 708—715. DOI: 10.1007/s40596-021-01503-1
402. Katzenmajer-Pump L., Balázs J. Perfectionism and Suicide: A systematic review of qualitative studies // *Psychiatr Hung*. 2021. Vol. 36 (1). P. 4—11. PMID: 33686011.
403. O'Neill C., Pratt D., Kilshaw M., Ward K., Kelly J., Haddock G. The relationship between self-criticism and suicide probability // *Clin Psychol Psychother*. 2021. Vol. 28 (6). P. 1445—1456. DOI: 10.1002/cpp.2593
404. Pia T., Galynker I., Schuck A., Sinclair C., Ying G., Calati R. Perfectionism and Prospective Near-Term Suicidal Thoughts and Behaviors:

- The Mediation of Fear of Humiliation and Suicide Crisis Syndrome // *Int J Environ Res Public Health*. 2020. Vol. 17 (4). DOI: 10.3390/ijerph17041424
405. Sommerfeld E., Malek S. Perfectionism Moderates the Relationship between Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness and Suicide Ideation in Adolescents // *Psychiatr Q*. 2019. Vol. 90 (4). P. 671—681. DOI: 10.1007/s11126-019-09639-y
406. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Галынкер И. Новый подход в диагностике суицидального поведения: обзор зарубежных источников // *Консультативная психология и психотерапия*. 2020. Т. 28, № 1. С. 8—24. DOI: 10.17759/cpp.2020280102
407. Arseneault L., Bowes L., Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: “Much ado about nothing”? // *Psychological Medicine*. 2010. Vol. 40. P. 717—729. DOI: 10.1017/S0033291709991383
408. Olweus D. Victimization by peers: Antecedents and long-term outcomes // *Social Withdrawal, inhibition, and Shyness in Childhood* / Eds. K. H. Rubin, J. B. Asendort. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates. 1993. P. 315—341.
409. Тарасова С.Ю., Осницкий А.К., Ениколопов С.Н. Социально-психологические аспекты буллинга: взаимосвязь агрессивности и школьной тревожности [Электронный ресурс] // *Психологическая наука и образование psyedu.ru*. 2016. Т. 8, № 4. С. 102—116. DOI: 10.17759/psyedu.2016080411
410. Løhre A. et al. Peer victimization as reported by children, teachers, and parents in relation to children’s health symptoms // *BMC Public Health*. 2011. Vol. 11 (278). DOI: 10.1186/1471-2458-11-278
411. Copeland W. E. et al. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence // *JAMA Psychiatry*. 2013. Vol. 70 (4). P. 419—426. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.504
412. Holt M. K., Vivolo-Kantor A. M., Polanin J. R., et al. The Relationship Between Bullying and Suicidal Behaviour: A Meta-analysis. // *Pediatrics*. 2015. Vol. 135 (2). P. 496—509. DOI: 10.1542/peds.2014-1864
413. Zych I. School bullying in different countries: prevalence, risk factors, and short-term outcomes protecting children against bullying and its consequences // *Springer, Cham*. 2017. P. 5—22.
414. Yang Y. Suicide attempt and suicide plan among U.S. adolescents: The role of repeated and co-occurring violence experiences. // *Psychiatry Research*. 2022. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.115040
415. Fedina L., King Ch., DeVlyder J., Herrenkohl T. Distinct Profiles of Violence Victimization and Suicide Risk: Findings From a National Survey

- of Emerging Adults // *The American journal of orthopsychiatry*. 2023. Vol. 93. DOI: 10.1037/ort0000675
416. Дозорцева Е.Г., Ошевский Д.С., Сыровкашина К.В. Психологические, социальные и информационные аспекты нападения несовершеннолетних на учебные заведения [Электронный ресурс] // *Психология и право*. 2020. Том 10, № 2. С. 97—110. DOI: 10.17759/psylaw.2020100208
417. Sigurdson J. F., Wallander J., Sund A. M. Is involvement in school bullying associated with general health and psychosocial adjustment outcomes in adulthood? // *Child Abuse & Neglect*. 2014. Vol. 38 (10). P. 1607—1617. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.06.001
418. Польская Н.А. Взаимосвязь показателей школьного буллинга и самоповреждающего поведения в подростковом возрасте // *Психологическая наука и образование*. 2013. Том 18, № 1. С. 39—49.
419. Новикова М.А., Реан А.А. Семейные предпосылки вовлеченности ребенка в школьную травлю: влияние психологических и социальных характеристик семьи // *Психологическая наука и образование*. 2018. Т. 23, № 4. С. 112—120.
420. Sourander A. Childhood bullying behavior and later psychiatric hospital and psychopharmacologic treatment: Findings from the Finnish 1981 Birth Cohort Study // *Archives of General Psychiatry*. 2009. Vol. 66 (9). P. 1005—1012. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2009.122
421. Ttofi M. M. The predictive efficiency of school bullying versus later offending: A systematic meta-analytic review of longitudinal studies // *Criminal Behavior and Mental Health*. 2011. Vol. 21. P. 80—89. DOI: 10.1002/cbm.808
422. Holt T. J., Fitzgerald S., Bossler A. M., Chee G., Ng E. Assessing the Risk Factors of Cyber and Mobile Phone Bullying Victimization in a Nationally Representative Sample of Singapore Youth // *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2016. Vol. 60 (5). P. 598—615. DOI: 10.1177/0306624X14554852
423. Хломов К.Д., Давыдов Д.Г., Бочавер А.А. Кибербуллинг в опыте российских подростков [Электронный ресурс] // *Психология и право*. 2019. Том 9, № 2. С. 276—295. DOI: 10.17759/psylaw.2019090219
424. Солдатова Г.У., Львова Е.Н., Пермьякова И.Д. Феномены традиционного буллинга и кибербуллинга: сходства и различия // *Цифровое общество как культурно-исторический контекст развития человека: сборник научных статей и материалов международной конференции (14—17 февраля 2018, Коломна)*. — Коломна, 2018. — С. 380—384.
425. Litwiller B. J., Brausch A. M. Cyberbullying and physical bullying in adolescent suicide: the role of violent behavior and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*. 2013. Vol. 42 (5). P. 675—684.

426. Bauman S., Toomey R. B., Walker J. L. Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students // *Journal of Adolescence*. 2013. Vol. 36 (2). P. 341—350.
427. John A., Glendenning A. C., Marchant A., Montgomery P., Stewart A., Wood S., Lloyd K., Hawton K. Self-Harm, suicidal behaviours, and Cyberbullying in Children and Young people: systematic review // *J Med Internet Res*. 2018. Vol. 20. DOI: 10.2196/jmir.9044
428. Mohd Fadhli S. A., Liew Suet Y. J., Ab Halim A. S., Ab Razak A.. Finding the link between cyberbullying and suicidal behaviour among adolescents in Peninsular Malaysia // *In Healthcare*. 2022. 10(5):856.
429. Hinduja S., Patchin J. Bullying, Cyberbullying, and Suicide. Archives of suicide research // *Official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2010. Vol. 14. P. 206—221. DOI: 10.1080/13811118.2010.494133
430. Zhong S., Cheng D., Su J., Xu J., Zhang J., Huang R., Sun M., Wang J., Gong Y., Zhou L. A network analysis of depressive symptoms, psychosocial factors, and suicidal ideation in 8686 adolescents aged 12—20 years // *Psychiatry Res*. 2023. DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115517
431. Cena L., Trainini A., Zecca S., Bonetti Zappa S., Cunegatti F., Buizza C. Loneliness, affective disorders, suicidal ideation, and the use of psychoactive substances in a sample of adolescents during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study // *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2023. Vol. 36 (3). P. 188—198. DOI: 10.1111/jcap.12412
432. Zhu S., Li X., Wong P. W. C. Risk and protective factors in suicidal behaviour among young people in Hong Kong: A comparison study between children and adolescents // *Psychiatry Res*. 2023. DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115059
433. Chiu H., Vargo E.J. Bullying and other risk factors related to adolescent suicidal behaviours in the Philippines: a look into the 2011 GSHS Survey // *BMC Psychiatry*. 2022. DOI: 10.1186/s12888-022-04085-w
434. Wan Y., Chen R., Ma S., McFeeters D., Sun Y., Hao J., Tao F. Associations of adverse childhood experiences and social support with self-injurious behaviour and suicidality in adolescents // *Psychiatry*. 2019. Vol. 214 (3). P. 146—152. DOI: 10.1192/bjp.2018.263
435. Coppersmith D. D. L., Kleiman E. M., Glenn C. R., Millner A. J., Nock M. K. The dynamics of social support among suicide attempters: A smartphone-based daily diary study // *Behaviour Research and Therapy*. 2019. Vol. 120. P. 103348. DOI: 10.1016/j.brat.2018.11.016
436. Farrell C. T., Moledina Z., Katta M. Suicidal thoughts in low-income adolescents: a longitudinal analysis // *International Journal of Public Health*. 2019. Vol. 64. P. 285—292. DOI: 10.1007/s00038-019-01201-8

437. Shahram S. Z., Smith M. L., Ben-David S., Feddersen M., Kemp T. E., Plamondon K. Promoting “Zest for Life”: A Systematic Literature Review of Resiliency Factors to Prevent Youth Suicide // *Journal of Adolescent Research*. 2021. Vol. 31 (1). P. 4—24. DOI: 10.1111/jora.12588
438. Fallahi-Khoshknab M., Amirian Z., Maddah S. S. B., Khankeh H. R., Dalvandi A. Instability of emotional relationships and suicide among youth: a qualitative study // *BMC Psychiatry*. 2023. Vol. 18. P. 23—50. DOI: 10.1186/s12888-023-04534-0
439. McClelland H., Evans J. J., O’Connor R. C. A Qualitative Exploration of the Experiences and Perceptions of Interpersonal Relationships Prior to Attempting Suicide in Young Adults // *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 19 (13). 7880. DOI: 10.3390/ijerph19137880
440. Zhao J., Wang Y. Harsh parenting and suicide ideation among Chinese adolescents: the roles of self-esteem and school social support // *BMC Psychiatry*. 2023. Vol. 21. 609. DOI: 10.1186/s12888-023-05108-w
441. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Нарушения социального познания при депрессиях // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015. Т. 115, № 1—2. С. 20—22.
442. Griffiths H. et al. Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomised controlled trial // *BMC Psychiatry*. 2019 Jun 6; Vol. 19 (1). P.167. DOI: 10.1186/s12888-019-2158-8
443. Gonzales-Portillo J. et al. Social skills and suicide risk in adolescents of an education institute in the city of Armenia (Quindio, Colombia) // *Rev. Cienc. Salud*. 2019. Vol. 17 (1). P. 19—33.
444. Extremera N. et al. A 4-month prospective study of the relationship between emotional intelligence and suicide ideation in Spanish adolescents: The mediating role of positive and negative affect // *Death Studies*. 2023. Vol. 474. P. 509—513.
445. Domínguez-García E., Fernández-Berrocal P. The Association Between Emotional Intelligence and Suicidal Behavior: A Systematic Review // *Front. Psychol*. 2018.
446. Митрофанова О.Г., Мышко О.И. Взаимосвязь эмоционального интеллекта и склонности к суицидальному риску у учащихся // *Огарёв-Online*. 2020. № 11 (148). С. 7.
447. Парамонова Ю.А., Разуваева Т.Н. Особенности суицидального риска студентов с разным уровнем социального интеллекта // *Форум молодых ученых*. 2017. № 12 (16). С. 1424—1429.
448. Lepore S. J., Kliewer W. Social intelligence attenuates association between peer victimization and depressive symptoms among adolescents // *Psychol Violence*. 2019. Vol. 9 (6). P. 644—652.
449. Войцех В.Ф. Суицидология. — М.: Миклош. 2007. — 280 с.

450. Клименко И.В., Стримова А.Ф. Особенности организации профилактики суицида подростков в образовательном учреждении // Профилактика саморазрушающего поведения детей и подростков: история, теория и практика : Материалы Международной научно-практической конференции, Орехово-Зуево, 26—27 апреля 2017 года. — Орехово-Зуево: Государственный гуманитарно-технологический университет, 2017. — С. 286—291.
451. Walsh E. H., Herring M. P., McMahon J. A. Systematic Review of School-Based Suicide Prevention Interventions for Adolescents, and Intervention and Contextual Factors in Prevention // *Prev Sci.* 2023. Vol. 24 (2). P. 365—381. DOI: 10.1007/s11121-022-01449-2. Epub 2022 Oct 27. PMID: 36301381.
452. Forte A., Sarli G., Polidori L., Lester D., Pompili M. The Role of New Technologies to Prevent Suicide in Adolescence: A Systematic Review of the Literature. *Medicina (Kaunas)*. 2021. Vol. 57 (2). DOI: 10.3390/medicina57020109. PMID: 33530342; PMCID: PMC7912652.
453. Bailey E., Robinson J., Alvarez-Jimenez M., Nedeljkovic M., Valentine L., Bendall S., D'Alfonso S., Gilbertson T., McKechnie B., Rice S. Moderated Online Social Therapy for Young People With Active Suicidal Ideation: Qualitative Study // *Journal of Medical Internet Research*. 2021. Vol. 23 (4). P. 242—260. DOI: 10.2196/24260
454. Braun M., Till B., Pirkis J., Niederkroenthaler T. Effects of suicide prevention videos developed by and targeting adolescents: a randomized controlled trial // *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023. Vol. 32 (5). P. 847—857. DOI: 10.1007/s00787-021-01911-6. Epub 2021 Nov 24. PMID: 34817663; PMCID: PMC8611173.
455. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Гаязова Л.А. Психотерапия суицидального кризисного состояния у несовершеннолетних: анализ современных подходов и методов // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2021. № 31 (2). С. 86—93.
456. Spirito A. et al. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011. Vol. 20 (2). P. 191—204.
457. Борисоник Е.В. Психологическая помощь родственникам суицидента / *Консультативная психология и психотерапия*. 2023. № 31 (2). С. 99—118.
458. ResearchGate. — URL: https://www.researchgate.net/publication/347948304_A_Review_Comparing_Dialectical_Behavior_Therapy_and_Mentalization_for_Adolescents_with_Borderline_Personality_Traits_Suicide_and_Self-harming_Behavior (дата обращения 10.01.2024)
459. Сулейманов Ш.Р., Бабарахимова С.Б. Профилактика суицидов у подростков // *Антология российской психотерапии и психологии*:

- Материалы научно-практических конгрессов Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов» / Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига; Национальная саморегулируемая организация «Союз психотерапевтов и психологов» — г. Санкт-Петербург (22—24 мая 2019). — 2019. Т. 7. С. 166—167.
460. Миллер Л.В. Логотерапия в системе оказания медико-психологической помощи подросткам с аутоагрессивным поведением // Социальная и клиническая психиатрия. 2022. № 2. С. 65—78.
461. Waraan L. et al. Family therapy for adolescents with depression and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2023. Vol. 28 (2). P. 831—849.
462. Жевелик О.Д., Путинцева Е.В. Анализ результатов реализации программы «Твой выбор» за 2021 год, направленной на профилактику суицидального поведения у подростков // *Здравоохранение Югры: опыт и инновации*. 2022. № 4 (33). С. 3—6.
463. Вихристюк О.В. Оказание кризисной психологической помощи по телефону доверия подросткам с суицидальными намерениями // *Психологическая наука и образование*. 2013. № 4. С. 47—58.
464. Busby D. R. et al. Adolescents' engagement with crisis hotline risk-management services: a report from the emergency department screen for teen suicide risk (ED-STARS) Study // *Suicide Life Threat Behav*. 2020. Vol. 50 (1). P. 72—82.
465. Павлова Т.С., Банников Г.С. Система оказания кризисной психологической помощи субъектам образовательной среды (опыт США) // *Психологическая наука и образование*. 2012. № 17 (2). С. 76—85.
466. Carter G. et al. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales [Электронный ресурс] // *The British Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 210. P. 387—395. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.182717
467. Rakesh G. Suicide prediction with machine learning // *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*. 2017. Vol. 12 (1). P. 15—17.
468. Walsh C. G., Ribeiro J. D., Franklin J. C. Predicting risk of suicide attempts over time through machine learning // *Clinical Psychological Science*. 2017. Vol. 5 (3). P. 457—469.
469. Lopez-Castroman J. et al. Mining social networks to improve suicide prevention: A scoping review // *Journal of neuroscience research*. 2020. Vol.— 4. P. 616—625.
470. Чиркина Р.В., Бойкина Е.Э., Койкова К.С., Бригадиренко Н.В., Стратийчук Е.В., Тишкова Ю.В., Чеботарев И.В. Оценка профилактического потенциала технологии формирования социально зна-

- чимых навыков у детей «Умелый класс» [Электронный ресурс] // Психология и право. 2020. Т. 10, № 4. С. 93—110. DOI: 10.17759/psylaw.2020100407
471. Фурман Б. Навыки ребенка: Как решать детские проблемы с помощью игры; пер. с англ. — М.: Альпина нон-фикшн, 2013. — 220 с.
 472. Promising and model crime prevention programs [Электронный ресурс]. — National Crime Prevention Centre (NCPC) Public Safety Canada. October 2008. P. 25—26; 29—30. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/prmsng-mdl-vlm1/prmsng-mdl-vlm1-eng.pdf>
 473. Assessment in Virginia Public Schools: Model Policies, Procedures, and Guidelines [Электронный ресурс] Second Edition [2016] <https://www.dcjs.virginia.gov/sites/dcjs.virginia.gov/files/publications/law-enforcement/threat-assessment-model-policies-procedures-and-guidelinespdf.pdf>
 474. Big Brothers Big Sisters of Southwest Washington [Электронный ресурс] <https://www.swwabigs.org>. Program Profile: Big Brothers Big Sisters (BBBS) Community-Based Mentoring (CBM) Program <https://crimesolutions.ojp.gov/ratedprograms/112>
 475. Roots of Empathy [Электронный ресурс] <https://rootsofempathy.org/>
 476. Навигатор профилактики. Методические материалы по признакам девиаций, действиям специалистов системы образования в ситуациях социальных рисков и профилактике девиантного поведения обучающихся [Электронный ресурс] / Богданович Н.В., Вихристюк О.В., Дворянчиков Н.В., Делибалт В.В., Дозорцева Е.Г. — МГППУ, 2022. https://mgppu.ru/about/publications/deviant_behaviour (дата обращения 28.01.2024)
 477. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.1964.
 478. Gordon R. S. Jr. An operational classification of disease prevention // Public Health Reports. 1983. Vol. 98 (2). P. 107—109.
 479. Zalsman G., Hawton K., Wasserman D., et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review // Lancet Psychiatry. 2016. Vol. 3. P. 646—659. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.
 480. Kellam S. G., Mackenzie A. C., Brown C. H., Poduska J. M., Wang W., Petras H., Wilcox H. C. The good behavior game and the future of prevention and treatment // Addict Sci Clin Pract. 2011. Vol. 6 (1). P. 73—84. PMID: PMC3188824.
 481. Wyman P. A., Brown C. H., LoMurray M., Schmeelk-Cone K., Petrova M., Yu Q., Walsh E., Tu X., Wang W. An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools // Am J Public Health. 2010; Vol. 100 (9). P. 1653—1661. DOI: 10.2105/AJPH.2009.190025

482. Wyman P. A., Pisani A. R., Brown C. H., et al. Effect of the Wingman-Connect Upstream Suicide Prevention Program for Air Force Personnel in Training: A Cluster Randomized Clinical Trial // *JAMA Netw Open*. 2020. Vol. 3 (10).e2022532. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.22532
483. Aseltine R. H., James A., Schilling E. A., et al. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension // *BMC Public Health*. 2007. Vol. 7. P. 161. DOI: 10.1186/1471-2458-7-161
484. Schilling E. A., Aseltine R. H. Jr., James A. The SOS Suicide Prevention Program: Further Evidence of Efficacy and Effectiveness // *Prev Sci*. 2016. Vol. 17 (2). P. 157—166. DOI: 10.1007/s11121-015-0594-3
485. Carli V., Wasserman C., Wasserman D., Sarchiapone M., Apter A., Balazs J., et al. The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics // *BMC Public Health*. 2013. Vol. 13 (1). P. 479. DOI: 10.1186/1471-2458-13-479
486. Wasserman C., Hoven C. W., Wasserman D., Carli V., Sarchiapone M., Al-Halabi S., et al. Suicide prevention for youth — a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. // *BMC Public Health*. 2012. Vol. 12. P. 776. DOI: 10.1186/1471-2458-12-776
487. Wasserman D., Hoven C. W., Wasserman C., Wall M., Eisenberg R., Hadlaczky G., et al. A randomized controlled trial of school-based suicide preventive programmes: the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study // *Lancet*. 2015 Vol. 385, 9977, P. 1536—1544. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61213-7
488. Hanlon T. E., Bateman R. W., Simon B. D., O’Grady K. E., Carswell S. B. An early community-based intervention for the prevention of substance abuse and other delinquent behavior // *Journal of Youth and Adolescence*. 2002. 31. P. 459—471. DOI: 10.1023/A:1020215204844
489. Brown S. M., Shillington A. M. Childhood adversity and the risk of substance use and delinquency: The role of protective adult relationships // *Child Abuse & Neglect*. 2017. Vol. 63. P. 211—221. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.006>
490. Substance Use and Suicide among Youth: Prevention and Intervention Strategies (Topic Summary) Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA). <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Substance-Use-Suicide-Prevention-Youth-Summary-2016-en.pdf>2016
491. Cross W., Seaburn D., Gibbs D., Schmeelk-Cone K., White A. M., Caine E. D. Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills // *Journal of Primary Prevention*. 2011. Vol. 32 (3—4). P. 195—211. DOI: 10.1007/s10935-011-0250-z

492. Hurzeler T., Giannopoulos V., Uribe G., Louie E., Haber P., Morley K. C. Psychosocial interventions for reducing suicidal behaviour and alcohol consumption in patients with alcohol problems: A systematic review of randomized controlled trials // *Alcohol and Alcoholism*. 2021. Vol. 56 (1). P. 17—27. DOI: 10.1093/alcalc/agaa094
493. Fischer N. R. School-based harm reduction with adolescents: a pilot study // *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2022, 17, 79. DOI: 10.1186/s13011-022-00502-1
494. Jenkins E. K., Slemon A., Haines-Saah R. J. Developing harm reduction in the context of youth substance use: insights from a multi-site qualitative analysis of young people's harm minimization strategies // *Harm Reduct J*. 2017. 14, 53. DOI: 10.1186/s12954-017-0180-z
495. Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Связь образования, развития и здоровья с позиций культурно-исторической психологии // *Культурно-историческая психология*. 2020. Т. 16, № 2. С. 89—106. DOI: <https://doi.org/10.17759/chp.2020160211>

Научное издание

**Факторы суицидального поведения у детей, подростков
и молодежи: данные современных исследований**

Коллективная монография

Редакторы:

А.Б. Холмогорова, Е.Г. Дозорцева, О.Д. Пуговкина

Корректор: *В.А. Муратханов*

Компьютерная верстка *М.А. Баскакова*

Формат 60×90^{1/16}. Гарнитура «Times»

Тираж 100 экз.

Московский государственный психолого-педагогический университет
127051, г. Москва, ул. Сretenка, д. 29; тел.: (495) 632-90-77; факс: (495) 632-92-52